

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 60

LES
GROSSESSES TUBAIRES RÉCIDIVANTES
BILATÉRALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 18 Décembre 1933

PAR

Marcel HENRIC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à ARAMON (Gard), le 7 juin 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		BÉGOVIN, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, professeur.....	
		DUFOUR, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 60

LES
GROSSESSES TUBAIRES RÉCIDIVANTES
BILATÉRALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 18 Décembre 1933

PAR

Marcel HENRIC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à ARAMON (Gard), le 7 juin 1907.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, professeur.....	
		DUFOUR, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEUHET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
id.....	DAMADE.	Physique médicale.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
id.....	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES (en congé).
Ortépédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

A LA MEMOIRE DE MA TANTE
MADEMOISELLE MARIE-LÉA BOURCE

A MA MERE

Bien faible témoignage de ma sincère
affection et de ma gratitude.

A MA TANTE

MADAME GABRIELLE BASCOU

A MES COUSINS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. COURRIADES

Chef de clinique à la Faculté.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL LE BOURGO

*Professeur d'anatomie des Ecoles annexes de Médecine navale,
Professeur de Pathologie externe
à l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Respectueux remerciements pour le
bienveillant accueil qu'il nous a accordé.

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Bordeaux.*

*Chirurgien de l'Hôpital André-Boursier,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Vice-président de la Société française de Gynécologie,
Membre correspondant des Sociétés de Gynécologie
de Philadelphie, de Bucarest et du Brésil,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Pour votre sollicitude au cours de nos études, pour votre aide si bienveillante dans ce travail que vous avez inspiré et pour le grand honneur que vous nous faites, permettez-nous de vous exprimer notre respectueuse reconnaissance.

LES

GROSSESSES TUBAIRES RÉCIDIVANTES

BILATÉRALES

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine ne cesse de présenter un intérêt considérable. Depuis plus de quarante ans, l'étude en a été commencée, et de nos jours une œuvre importante a été réalisée : une bibliographie des travaux, des théories ont apparues. Si de nombreux auteurs ont apporté une participation personnelle, il est légitime de croire qu'une unanimité entière n'a pu être obtenue. Certains points restent encore complexes, et si l'on est assez d'accord sur les symptômes, le diagnostic et le traitement soulèvent quelques objections, l'étiologie amène les controverses et suscite les hypothèses.

A mesure que les interventions chirurgicales se sont multipliées, on a vu chez une même femme ayant subi une castration unilatérale pour une grossesse tubaire, se développer une nouvelle gestation anormale. La répétition, ou mieux, la succession bilatérale des grossesses tubaires chez une même malade, constituera l'objet de notre étude.

La grossesse extra-utérine est une affection assez fréquente

taux plus modeste. Les chiffres varient avec les auteurs, et M. R. Keller fait remarquer « que les chiffres diffèrent en partie par le fait que le calcul de base a été fait d'une façon différente ».

Tilly-Gudden nomme dix-sept auteurs dont les chiffres oscillent entre 1,32 p. 100 et 6 p. 100, et, d'octobre 1910 à janvier 1921, sur les 423 gestations extra-utérines opérées à la clinique gynécologique de l'Université de Kiel, on compte 22 récidi ves donnant un pourcentage de 5,7. M. le Professeur Cotte apporte les évaluations de Löhnberg et Kohn (152 cas) et 5,26 p. 100, de Madlener (53 p. 100), de Hada, 4,5 p. 100. Bamberger, à la clinique gynécologique de Mannheim, avec 6 récidi ves sur 150 cas de grossesses ectopiques laparotomisées, fixant à 4 p. 100 le pourcentage de 1924 à la fin du premier semestre de 1928. J. Serebroff a relevé à la clinique gynécologique de la maternité Snéguireff, à Léninegrad, 425 interventions pour grossesse ectopique et 22 récidi ves, soit 5,2 p. 100, de 1923 à 1929. M. le Professeur G. Jeanneney, dans sa communication, fait état du compte rendu de Diétrich (1921) avec 4,6 p. 100.

Momigliano, pendant dix ans, de 1913 à 1924, à la clinique d'obstétrique et de gynécologie de Rome, a observé 314 cas de grossesse extra-utérine; sur ce nombre, il compte 16 cas de récidi ves de grossesse tubaire donnant un pourcentage de 5 p. 100; Utaria Arcieri, de 1906 à 1929, sur 685 grossesses ectopiques, a vu 44 récidi ves, dont 42 avaient été parfaitement diagnostiquées. Dosséna a adressé une statistique personnelle, avec un pourcentage de 4,63; et en 1930, Mondor rapporte que la statistique de R. Smith, portant sur 2.998 cas de grossesses ectopiques, indique 122 récidi ves avec 4 p. 100 comme proportion.

En France, dans le cours des dernières années, nous n'avons pu trouver aucune statistique portant sur des chiffres aussi élevés de grossesses extra-utérines opérées; si nous avons recueilli, éparses dans la littérature, une trentaine environ de publications de cas de grossesses tubaires réci di-

vantes, nous n'avons pu consulter aucun travail s'appuyant sur une statistique établie pendant des années. M. le Professeur G. Cotte, dans une communication faite en 1922, à la Société de chirurgie de Lyon, mentionne qu'en dix mois, il a opéré 19 grossesses tubaires, dont 1 récidivante; et en 1923, dans une autre communication, rapporte, que, entre mars 1922 et le 1^{er} avril 1923, il a encore opéré 20 grossesses tubaires, dont 1 récidivante. A l'issue de cette dernière communication, M. Albertin a ajouté : « Une catégorie de femmes vouées à la grossesse extra-utérine, après une première intervention, sont ramenées au chirurgien par la répétition d'accidents semblables au premier. Ces grossesses anormales itératives m'ont paru, dans ma statistique, être dans des proportions de 4 p. 100 à 3 p. 100. ».

Si l'on se reporte aux quelques chiffres donnés tout au début de ce chapitre et si on les joint aux derniers que nous venons de citer, on peut admettre, sans trop tenir une grande importance des valeurs extrêmes, que le pourcentage des récides doit être établi autour du nombre 5. Sur 100 grossesses ectopiques, 4 ou 5, 5 ou 6, seront suivies, ultérieurement, de récides.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Service de M le Professeur GUYOT, Hôpital André-Boursier.)

Mme Y. S., 29 ans, femme de chambre, habitant Bordeaux, entre, le 24 mars 1933, dans le service de M. le Professeur J. Guyot, à l'Hôpital André-Boursier.

La malade entre à l'hôpital pour douleurs violentes dans le ventre, à gauche surtout, accompagnées de nausées et de petites pertes de sang noirâtres.

Dans ses antécédents personnels : coqueluche à 7 ans; picote volante à 11 ans; rougeole à 10 et à 22 ans.

Poussées violentes de furonculose à 11 ans.

La malade a eu 5 grossesses normales, la dernière en 1926, avec suites de couches normales, sauf pour la deuxième grossesse : la malade a fait une sciatique gauche. Pas de fausses couches.

Sur 5 enfants, 3 sont en bonne santé, 2 sont morts, l'un à l'âge de 3 ans, l'autre à l'âge de 3 mois (cause inconnue).

La malade a été opérée le 18 juillet 1932 de grossesse extra-utérine droite. Depuis cette opération, la malade a souffert un peu du ventre, mais sans interrompre son travail.

Histoire de la maladie. — Il y a deux mois, arrêt des règles. En janvier 1933 et février, au moment présumé des règles, petites pertes de sang noirâtre. En février, plusieurs crises douloureuses s'accompagnant de nausées. Depuis, la malade continue de souffrir (douleurs sourdes). Dans la nuit du 23 au 24 mars 1933, nouvelle crise très douloureuse, avec nausées et syncope. Pas de température. La malade entre d'urgence à l'hôpital; à son entrée, les

phénomènes s'amendent : la malade est mise en observation. Pouls à 88.

T. V. : col mou, corps augmenté de volume, dévié à droite, masse annexielle gauche douloureuse. On pense à une grossesse extra-utérine, mais le pouls, la température, ainsi que l'histoire métritique de la malade, obligent à une réserve pour une annexite avec grossesse.

Le troisième jour, douleurs du type colique; le lendemain, douleurs en coup de poignard survenant à gauche au moment de la défécation. Température à 37°4, pouls augmenté. Au toucher rectal, masse augmentée de volume, fluctuante, qui fait poser le diagnostic d'hématocèle.

Intervention (27 mars 1933, M. le Docteur Traissac, chef de clinique). — Hystérectomie subtotalité et greffes.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès le ventre ouvert, on constate une grande quantité de sang et de caillots dans le ventre. Après la protection par les champs, on libère une masse volumineuse gauche, qui saigne assez abondamment. Opération facile, péritonisation, drainage dans le Douglas, réfection de la paroi en trois plans. Greffes ovariennes par incision latérale. Les suites opératoires furent sans incident. Le 4 avril, ablation des points, et la malade, en bonne santé, avec une cicatrice en bon état, quitte le service le 18 avril 1933.

OBSERVATION II (Inédite).

(Service de M. le Professeur Guyot, Hôpital André-Boursier.)

Mme P. J..., 27 ans, s. p., habitant Bordeaux, entre, le 13 août 1933, dans le service de M. le Professeur Guyot, à l'Hôpital André-Boursier.

La malade, envoyée par M. le Docteur Pochez pour des douleurs abdominales et des pertes de sang d'une durée anormale, est une orpheline qui n'a pas connu ses parents et a été élevée à la campagne, dans l'Aveyron.

Dans ses antécédents personnels, nous relevons qu'elle a été

bien portante dans son enfance. Réglée pour la première fois à 17 ans. Ses premières règles furent très douloureuses et nécessitèrent un mois de repos. Par la suite, les règles deviennent abondantes, régulières et durent huit jours.

Mariée en 1925. Pertes blanches pendant une première grossesse, qui a lieu en 1925-1926. Accouchement en 1926, à Pellegrin, qui nécessita une application de forceps. Suites de couches normales. La malade attribue à son accouchement ou à ses suites les douleurs lombaires qu'elle a ressenties par la suite. Allaitement qui dure vingt-deux mois. La malade s'amaigrit et depuis n'a cessé de maigrir (15 kilos en sept ans).

En 1929, subitement, la malade ressentit dans l'abdomen, à gauche, une douleur en coup de poignard et perdit connaissance. Elle perdit très peu de sang et fut hospitalisée, le 27 janvier, dans le service de M. le Professeur Guyot, où elle fut opérée le 15 février : Grossesse extra-utérine gauche : salpingectomie gauche. Suites opératoires normales, exécuté le 31 mars 1929. Depuis, les règles sont devenues normales, abondantes, régulières.

Histoire de la maladie. — Les dernières règles datant du 2 août sont venues avec 3 jours de retard, mais elles ont été précédées d'une crise abdominale. Dans l'après-midi de ce même jour, 2 août, la malade était chez elle et vaquait à ses occupations lorsqu'elle ressentit dans l'abdomen, du côté droit, une douleur en coup de poignard, violente, intense, qui arrêta sa respiration. La malade tomba à terre, perdit connaissance. Elle était pâle, couverte de sueurs froides, et, quand elle revint à elle, n'osa plus bouger pendant quelques instants. Elle souffrait dans le bas-ventre et à droite, comparant ses douleurs à un arrachement de viscères et ressentait dans le petit bassin, en direction de l'anus, une douleur plus violente, avec sensation de gonflement. D'elle-même la malade pensa qu'elle venait de faire la rupture d'une nouvelle grossesse extra-utérine; elle fit appeler son médecin, qui pensa à une ovarite, conseilla le repos, chaise longue et glace sur le ventre.

Le 11 août, après une visite de son médecin, qui avait trouvé la malade très bien, elle fut prise d'une nouvelle crise doulou-

reuse : douleur dans le bas-ventre, du côté droit, douleur du côté de l'anus à type de gonflement (distension du Douglas), sueurs froides. Le médecin, appelé de nouveau, fit une piqûre. Par la suite, la malade perdit davantage, eut des vomissements, et les règles, qui étaient venues à la suite de la première crise, le 2 août, duraient au moment de la deuxième crise, étaient moins abondantes qu'habituellement et de coloration normale.

Une nouvelle crise douloureuse a lieu dans la journée du 12 août : douleurs dans le bas-ventre, à droite, et douleur dans le petit bassin. La malade est hospitalisée, mise au lit, avec sac de glace sur le ventre.

Examen. — Examen des seins : négatif.

Abdomen (palpation) : ventre souple, douloureux dans la fosse iliaque droite.

T. V. : Col déchiré, un peu mou, refoulé en arrière. Utérus antéfléchi et latéro posé droit globuleux, de consistance normale.

En arrière et dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse kystique légèrement douloureuse. Le cul-de-sac latéral gauche est souple, profond. Le Douglas est légèrement douloureux.

Diagnostic. — Utérus un peu gros. Annexite droite probablement hydrosalpinx.

A gauche, rien à signaler.

L'examen des autres appareils ne laisse rien à signaler.

Le 24 août 1933, à l'examen, on trouve un utérus en antéflexion un peu volumineux, mais ce qui frappe surtout, c'est la disparition de la masse latérale droite, laissant place à un empâtement du Douglas, de consistance un peu molle, légèrement douloureuse à limite diffuse. Le diagnostic d'hématocèle est porté.

Appareil urinaire, avant l'opération : urines 800 cm³.

Urée : 47,30.

Chlorures : 8,40.

Albumine : 0,03.

Glucose : 0.

Acétone : 0.

Urée sanguine : 0,25 p. 100.

Opération (le 25 août 1933). — Anesthésie à l'éther. On constate l'existence d'une volumineuse masse rétro-utérine et latérale droite recouverte d'épiploon et d'anses grêles adhérentes à l'utérus. Libération de ces adhérences. On constate alors qu'il existe de volumineux caillots dans le Douglas et, d'autre part, un hématosalpinx droit. On fait une hystérectomie subtotale avec nettoyage des caillots et péritonisation. Surjet séro-séreux sur l'intestin adhérent et dont les faces sont cruentées.

Fermeture en trois plans : on s'abstient de mettre un Mickulicz.

Les suites opératoires sont normales, sauf ascension du poulx, traité par la digitaline, et tout rentre dans l'ordre. Ablation du drain le troisième jour. Ablation des points le quatorzième jour.

La malade quitte le service le 16 septembre, le vingt-deuxième jour après l'opération, en parfait état.

De 1920 à 1933, dans la littérature, nous avons trouvé 24 cas que nous croyons utile de reproduire *in extenso*.

OBSERVATION III.

(M. G. COTTE, Société de chirurgie de Lyon,
séance du 30 mars 1922.)

Grossesse tubaire itérative.

Il s'agit d'une femme de 33 ans, entrée à la Charité le 5 janvier dernier. Rien à signaler dans ses antécédents : une grossesse normale à 27 ans. Il y a trois ans, cette malade était entrée d'urgence dans le service pour une crise abdominale aiguë, qui avait fait croire à une appendicite; à l'intervention (Docteur Villard), on avait reconnu qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine droite qui fut traitée sur-le-champ par l'ablation de la trompe. Suites opératoires simples. Jusqu'au mois de décembre dernier, la malade ne ressentit aucune douleur abdominale, et à son entrée à la clinique gynécologique, le 5 janvier, elle racontait l'histoire suivante : réglée régulièrement depuis son opération, elle avait eu, au mois

de novembre dernier, des règles avancées d'une semaine, puis, dans le courant du mois de décembre, à deux reprises différentes, le 24 et le 31, elle avait eu de violentes coliques dans tout l'abdomen, mais avec prédominance à gauche, accompagnées de nausées et de vomissements. La température, à ce moment, avait atteint 38°6. A l'entrée dans le service, les phénomènes aigus avaient disparu et la température était de 38 degrés. Au toucher, l'utérus gros, en bonne position, était doublé, sur le côté gauche, d'une masse annexielle excessivement douloureuse, d'ailleurs assez mal limitée, et qui plongeait dans le cul-de-sac de Douglas. Le diagnostic avait été longtemps discuté; on avait bien pensé à une grossesse tubaire itérative, mais pour l'éliminer. L'absence de tout retard et de tout signe de grossesse, l'évolution fébrile des accidents faisaient plutôt penser à une salpingite. Quelques jours après, d'ailleurs, ce diagnostic semblait trouver sa confirmation dans l'évolution d'une nouvelle poussée thermique à 39 degrés, pour laquelle la malade fut soumise à la vaccinothérapie. Quarante-huit heures après la première injection de vaccin, la température revenait à 37°9. Après la deuxième piqûre, la température, de nouveau oscillante, descendait à 37°5, ce qui semblait bien confirmer le diagnostic établi lorsque la malade, après avoir eu pendant vingt-quatre heures des signes de rectite fort intense, avec écoulement de glaires abondantes, évacua soudain par l'anus une grande quantité de sang noirâtre, ayant l'aspect du raisiné; à n'en pas douter, il s'agissait d'une hématocele qui s'était ouverte spontanément dans le rectum. A partir de ce moment, du reste, la température ne dépassa plus 38 degrés le soir, et le 12 février, la malade rentrait chez elle. Elle gardait cependant quelques douleurs dans le bas-ventre et des pertes pour lesquelles elle revint dans le service au début de ce mois. L'intervention, pratiquée le 4 mars, permit d'enlever une poche d'hématosalpinx qui avait encore le volume d'une grosse mandarine. Guérison.

OBSERVATION IV.

(H. PAUCOT, Société d'obstétrique et de gynécologie de Lille,
séance du 1^{er} mars 1922.)

A propos d'un cas de grossesse tubaire récidivante.

Mme G. W..., 30 ans, est une femme vigoureuse, ordinairement bien portante; elle a fait en 1918 un avortement à deux mois de gestation le lendemain d'une chute de voiture; elle a perdu du sang de façon presque ininterrompue pendant six mois, refusant toute intervention; puis les règles se sont régularisées. Les dernières règles normales ont duré du 6 au 10 avril; le 20 avril, son linge présente une petite tache rosée comme une pièce de vingt sous. Le 13 mai, elle ressent des douleurs dans le ventre du côté droit et perd un peu de sang, et, à compter de cette date, perd du sang rouge irrégulièrement et en petite quantité. Le 28 mai, les douleurs s'accroissent; le 31 mai, je vois cette malade; son pouls est à 120, sa température de 38°4; le faciès n'est pas décoloré. Douleur à droite, au palper très malaisé, car la paroi est très épaisse. Au toucher, on trouve un cul-de-sac postérieur œdémateux; l'utérus semble augmenté de volume et il existe une tuméfaction mal délimitable dans la fosse iliaque droite. Laparotomie le 1^{er} juin. Le péritoine est plein de caillots; de gros caillots noirs remplissent le Douglas et la fosse iliaque, dépassent le fond de l'utérus; la trompe droite, énorme, dilatée, est largement rompue. Résection de la trompe et de l'ovaire droits, fermeture du ventre sans drainage. Suites apyrétiques et guérison *per primam*. La trompe gauche était rouge, congestionnée, mais son pavillon était libre et l'ovaire du même côté sain. Cette malade est réglée pendant quatre jours le 23 juin; les règles, normales de durée et d'abondance, réapparaissent au début d'août, en septembre et en octobre et enfin le 18 octobre. Les 7 et 10 novembre, elle perd un peu de sang rosé, sans douleur; le 13 novembre, elle accuse une gêne douloureuse dans le rectum et de la constipation;

je la revois avec son médecin traitant le 24, elle est un peu pâlie. L'examen permet des constatations identiques à celles faites lors du premier accident, mais la tuméfaction siège à gauche. La laparotomie, faite le 25, permet de constater que la trompe gauche s'est rompue. La quantité de sang épanché est plus considérable que la première fois. La trompe et l'ovaire gauche sont enlevés et le ventre fermé sans drainage. Les suites opératoires sont très simples.

OBSERVATION V.

(M. PATEL, Société de chirurgie de Lyon, séance du 6 avril 1922.)

Grossesse extra-utérine itérative.

Mme L..., 38 ans, vient, le 11 mars 1920 au matin, à la consultation de la maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse. Elle avait eu un enfant il y a seize ans et une fausse couche il y a treize ans. Depuis le mois de novembre 1919, elle n'était pas réglée. Au mois de décembre 1919, elle eut quelques pertes sanguines qui firent porter par un médecin le diagnostic d'avortement oculaire; un curettage fut alors pratiqué. Les règles ne reparurent pas, et c'est dans cette condition qu'elle vint trouver le Docteur Plauchu. Celui-ci pratiqua une exploration vaginale, et reconnut, en arrière et au-dessus d'un utérus légèrement augmenté de volume, une tuméfaction volumineuse. Au cours de l'examen, la malade fut prise d'une très vive douleur abdominale, de syncôpe; des signes d'hémorragie interne graves apparurent. Le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine fut aussitôt porté; je fus immédiatement prévenu, et pendant que tous les préparatifs de l'opération étaient faits, la malade était transportée dans le service.

Moins d'une demi-heure après le début des accidents, je pratiquai une laparotomie sous-ombilicale médiane, qui me permit d'enlever un fœtus de 4 mois libre dans l'abdomen. Une quantité considérable de sang se trouvait dans l'abdomen. Rapidement, le

sang et les caillots furent enlevés et la trompe droite, siège de la rupture, fut extirpée. Un litre de sérum chaud fut versé dans l'abdomen. La malade guérit très bien de son intervention et elle quitta l'hôpital au vingtième jour. Elle se porta très bien durant l'année 1920 et le début de 1921. Elle devient enceinte à la fin d'avril 1921; le début de la grossesse fut normal, mais vers le 16 juin 1921 elle ressentit une brusque douleur dans l'abdomen, rappelant, dit-elle, celle qu'elle éprouva l'année auparavant lors de la rupture de la grossesse extra-utérine; il n'y eut pas cependant de syncope et de phénomènes graves; elle s'alita. Le Docteur Lacroix, qui la soignait, pensa à une rupture de grossesse tubaire et lui conseilla une nouvelle intervention, qu'elle refusa. Rapidement, la température s'éleva progressivement, et la malade se décida à entrer dans mon service le 13 juin 1921. A ce moment, elle présentait une tuméfaction latéro ou rétro-utérine gauche, sans grande réaction péritonéale. Cette tuméfaction avait le volume d'une tête de nouveau-né; elle était un peu douloureuse, non fluctuante. Le 14 juin 1921, laparotomie sous-ombilicale itérative; je trouvai un foyer d'hématocèle limitée, soutenant des caillots sanguins et un embryon en voie de putréfaction. La trompe gauche était fissurée dans son tiers extérieur. Je pratiquai une hystérectomie totale avec drainage vaginal. La guérison s'effectua rapidement. Actuellement, la malade est bien portante.

OBSERVATION VI.

(Société de chirurgie de Lyon, séance du 19 avril 1923.)

(M. G. COTTE, Société de chirurgie de Lyon,

Grossesse extra-utérine itérative.

M. G. Cotte signale avoir opéré une malade pour grossesse tubaire qui avait été opérée il y a onze ans par M. Albertin pour le même motif : elle n'avait pas eu de nouvelle grossesse dans l'intervalle.

OBSERVATION VII.

(G. AIGROT, Société de chirurgie de Lyon,
séance du 21 février 1924.)

P... (Marie), 31 ans. Première grossesse extra-utérine. Vue le 13 juillet 1922. Se plaint de phénomènes douloureux dans le bas-ventre, retard de règles de quinze jours au mois de mai, si bien que la malade s'est crue enceinte. Elle a déjà une fillette de 4 ans. Puis des pertes noirâtres ont apparû, et, à l'examen, on constate une tumeur du volume d'une orange, latérale à l'utérus, peu fixée, mais douloureuse. On porte le diagnostic de grossesse tubaire droite et on conseille à la malade une intervention immédiate; mais, en raison de démarches à faire pour obtenir un congé, elle ne peut entrer de suite à l'hôpital. Le 18 juillet, elle est prise de douleurs extrêmement violentes, syncopales, dit-elle. Elle se fait transporter à l'hôpital, où nous la voyons. Le pouls est à 120, le toucher est très douloureux. La trompe s'est rompue certainement. Nous mettons la malade au repos avec glace et morphine. Le soir, même état; le lendemain, le pouls est à 120. Nous attendons encore, mais le 21 au matin les douleurs sont plus violentes; le pouls est à 140 et nous intervenons. Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale. La trompe droite est rompue; il y a quelques caillots à son pourtour, mais peu; nous l'enlevons. La trompe gauche est normale. Suite sans incidents.

Deuxième grossesse extra-utérine.

Le 6 juillet 1923, à 5 heures du matin, avec un retard de règles d'un mois, même douleur syncopale dans le bas-ventre que le 18 juillet 1922. La malade fait elle-même son diagnostic, et se fait transporter en auto de 65 kilomètres. A 10 heures du matin on l'opère. Pouls à 140. Un litre de sang environ; la rupture s'est faite au pavillon et la trompe est enlevée. Guérison sans incidents.

OBSERVATION VIII.

(J. VANVERTS, Société d'obstétrique et de gynécologie de Lille, séance du 30 avril 1924.)

Récidive de grossesse tubaire.

Femme de 29 ans, bien portante, réglée tous les trente-cinq jours. Accouchement en 1911. Avortement probable en 1916, suivi de douleurs abdominales, qui durèrent un an, puis disparurent complètement. Pas de leucorrhée. Dernières règles en fin août 1921. Les règles suivantes, qui auraient dû apparaître le 8 octobre, restent absentes. Le 15 octobre léger écoulement de sang pendant quelques heures. Aucune douleur. Quelques jours après, nouvel écoulement sanguin très passager. Le 3 novembre, dans la soirée, douleur subite dans le bas-ventre avec envie d'aller à la selle. Le Docteur Guénez voit la malade quelques heures après et constate l'existence d'une petite masse douloureuse à droite de l'utérus: le pouls et la température sont normaux. Le diagnostic est posé : grossesse tubaire probable. Au cours de la nuit et le lendemain, les douleurs spontanées cessent, mais réapparaissent au moindre mouvement. Le pouls et la température restent normaux. Le 5 novembre, je suis appelé à voir la malade. L'état est le même. Il y a eu deux vomissements. Le palper au bas-ventre est douloureux, l'examen est rendu difficile par la douleur exquise que provoque le toucher du col utérin et du Douglas, dans lequel on trouve des indurations; la douleur est telle qu'elle provoque une tendance à la syncope. L'opération est pratiquée le même jour (5 nov. 1921), sous chloroformisation. Le ventre renferme du sang libre en quantité moyenne. Ablation de l'ovaire et de la trompe droite, autour desquels se trouvent des caillots adhérents. Le Douglas renferme une grande quantité de caillots noirs, que l'on enlève facilement. Du côté des annexes gauches, on trouve une adhérence ancienne de l'épiploon, que l'on sectionne. La trompe droite semble saine, mais son pavillon est rétréci. L'ovaire droit est petit. Ces annexes sont laissées en place,

l'utérus est augmenté de volume et libre. L'examen de la pièce montre que la trompe présente, près de son extrémité abdominale, une rupture à bords assez nets, de trois à quatre millimètres de diamètre, renferme du sang et du tissu placentaire, est fermée au niveau de son pavillon. Les suites opératoires furent très simples, et la guérison fut rapidement obtenue. Les règles apparurent ensuite tous les vingt-huit jours; il n'y eut plus aucune douleur abdominale et la santé resta parfaite.

Les règles apparaissent normalement en fin janvier 1924; elles sont absentes en fin février. La malade n'éprouve aucun trouble. Le 12 mars, au cours de la défécation, apparaît une vive douleur dans le côté gauche du bas-ventre. Le Docteur Guénez trouve l'utérus en rétroflexion, et, à gauche de lui, une masse annexielle douloureuse. Je vois la malade dans la soirée, fais les mêmes constatations que mon confrère et pense comme lui à l'existence d'une grossesse tubaire gauche.

Les jours suivants, l'état général reste bon, le pouls et la température sont normaux, des douleurs apparaissent de temps en temps, toujours localisées à gauche; à certains moments se produit un léger écoulement de sang par la vulve. Le 19, les douleurs sont plus fortes et l'hémorragie vulvaire plus abondante. Cette hémorragie persiste les jours suivants et de petites crises douloureuses continuent à se produire. L'état local ne subit pas de changement. Le 23 et le 25, les douleurs sont plus fortes et s'accompagnent de vomissements. Le pouls et la température restent normaux. L'examen du pelvis permet de reconnaître les mêmes lésions qu'antérieurement. Dans la soirée du 25, expulsion d'un débris membraneux. Le diagnostic de la grossesse tubaire ne semblant pas faire de doute, je procède, le 26 mars 1924, à la laparotomie. Il n'y a pas de sang libre dans le ventre. L'utérus est gros et rétrofléchi, mais non adhérent. Après l'avoir ramené en avant, je constate que le Douglas renferme un peu de sang et la trompe, prolabée, est augmentée de volume. J'enlève l'ovaire et la trompe. L'écoulement vaginal ayant une odeur fétide, je renonce, après avoir hésité, à enlever l'utérus; je le fixe en antéflexion grâce à une plicature des ligaments ronds. La trompe est de

coloration bleuâtre, a le volume d'une grosse noix au niveau de sa partie moyenne dilatée et présente en ce point une éraillure très nette; au niveau de son orifice abdominal existe un caillot aplati et allongé en forme de lamelle. L'ovaire gauche présente une partie kystique qui m'avait engagé à pratiquer son extirpation. Les suites opératoires furent simples, la guérison rapidement obtenue.

OBSERVATION IX.

(M. H. DUBOUCHER, Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger, séance du 13 novembre 1924.)

Grossesse tubaire récidivée.

En avril 1922, je vois Mme E... pour la première fois, pour stérilité. Elle a subi, il y a deux ans, à Paris, une stomatoplastie et une appendicectomie dans la même séance; les suites opératoires ont été marquées par une phlébite du membre inférieur. L'état général est bon : tissu adipeux normal, masses musculaires normales, coloration rosée des téguments. Les règles, assez régulières, parfois douloureuses, sont peu abondantes. Des pertes blanches, blanc d'œuf, souillent quotidiennement le linge. Des crises entéritiques sont déclenchées par le moindre écart de régime. Irritabilité nerveuse, impatience, insomnie. Petit affolement de maternité. L'utérus a le col gros et court, le corps est normal, l'organe est mobilisable sans douleurs; les culs-de-sac sont souples, indolores, dépressibles. Les trompes ne sont pas perceptibles, les ovaires sont palpables et ne sont pas gros.

Diagnostic : Dysménorrhée par insuffisance ovarienne, stérilité et cervicite chronique. Entérite chronique.

Traitement : Lavages vaginaux, ovules glycélinés. Extrait ovarien, extrait thyroïdien. Régime alimentaire.

Mme E... va passer l'été en France où elle continue son traitement et observe un repos physique relatif; elle rentre fin octobre. Les dernières règles arrivent le 24 décembre. Elles manquent en janvier. Les seins augmentent de volume, l'appétit s'accroît et

l'état général devient excellent. Quelques nausées ou vomissements le matin à jeun. A la fin janvier apparaissent des douleurs dans le bas-ventre, à droite, qui inquiètent la malade par leur répétition de violence. Ce sont des sortes de tranchées courtes et vives qui irradiant vers le haut, dans la base du thorax. Ce sont elles qui reconduisent la malade chez moi. L'examen gynécologique montre maintenant une tumeur juxta-utérine droite bien limitée, mobile, sensible, attachée à la corne utérine par un pédicule et qui est, à n'en pas douter, une trompe gravide dans son ampoule. L'utérus, qui ne sécrète presque plus, est un peu plus gros qu'autrefois; il n'est pas aussi mou que dans une grossesse utérine; son corps n'est pas globuleux. La malade est mise au repos physique. Les douleurs se produisent néanmoins et tellement vives que l'emploi du l'aspirine, du laudanum devient nécessaire. Elles s'accompagnent parfois de sensations de nausées. Quelques jours après, dans la nuit, éclate une crise plus violente et plus prolongée que les autres, avec vomissements et vertiges. Le ventre résiste un peu dans son croissant inférieur; le cul-de-sac postérieur est très douloureux à la pression, la tumeur latérale droite a subi une grande augmentation de volume. Jusque-là elle gravissait lentement et progressivement. Le tableau se prolonge toute la nuit, la douleur est intolérable. Une caduque est expulsée. La jeune femme est opérée à 6 heures du matin.

Incision sous-ombilicale. Le péritoine contient deux verres de sang fluide. La trompe droite, volumineuse et noirâtre, présente son pavillon dilaté d'où sort du sang goutte à goutte. Sur l'ampoule tubaire siège une fissure d'un centimètre et demi qui, longitudinale, laisse aussi sourdre du sang de façon continue; ablation de la trompe respectant l'ovaire. Suites normales.

En juillet 1924, la malade revient de nouveau, certaine d'être enceinte (seins augmentés de volume, auréole, tubercules de Montgomery; nausées matinales, appétit exagéré; aménorrhée). Elle ressent, à gauche, les mêmes douleurs qu'autrefois à droite et accuse aussi des douleurs par crises passagères.

Au toucher, l'utérus ne montre aucune grande modification. A gauche, on sent une petite tumeur salpingienne mobile et sensible.

Les culs-de-sac sont souples, le diagnostic de la grossesse tubaire s'impose. Malgré le repos au lit, les douleurs se reproduisent. La tumeur augmente régulièrement. Bientôt l'emploi du laudanum devient nécessaire. Les douleurs, plus longues, ne sont pas atténuées par la glace; elles s'irradient vers la base du thorax. Un écoulement vaginal sanguin s'installe et persiste jusqu'au moment où de vives douleurs répétées et accompagnées de nausées et de vertige rendent la situation intolérable et dangereuse et obligent à l'opération. Une caduque est expulsée : la tumeur subit, au cours d'une plus violente crise, une augmentation de volume assez brusque. Avant l'opération, la malade et son mari sont mis au courant des différentes interventions possibles et on leur explique que seule la salpingostomie avec restauration de l'organe est susceptible de ménager une possibilité de grossesse. Mais comme je ne puis pas affirmer que la trompe conservée ne sera pas le siège d'une troisième grossesse ectopique, cette opération est refusée et on décide une salpingectomie avec conservation de l'ovaire. La transposition intra-utérine de l'ovaire est, elle aussi, refusée.

La salpingectomie est donc pratiquée. La séreuse contient un verre de sang fluide, fraîchement épanché et quelques caillots plus anciens adhérents et en voie d'organisation. L'épiploon est venu adhérer au kyste tubaire. Le pavillon, dilaté, laisse sourdre du sang. La trompe liée au catgut et sectionnée aux ciseaux, comme cela fut fait à droite. Suites normales.

OBSERVATION X.

(Paul DELMAS et ROUME, Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier. Séance du 4 février 1925.)

Une tergigeste de 29 ans entre à la Maternité, le 16 août 1924, envoyée par son médecin pour grossesse extra-utérine. Sa première grossesse s'est terminée à terme par un accouchement laborieux qu'il a fallu terminer artificiellement; l'enfant, né vivant, est décédé à 8 mois. En juin 1923, une interruption de règles et des vomissements font penser à une nouvelle grossesse. En juillet,

des pertes rouges, sous forme d'un léger suintement continu, provoquent une consultation de M. le Professeur Guérin-Valmale, qui porte un diagnostic de grossesse extra-utérine; la trompe gravidique a la grosseur d'un œuf de poule; à la date du 27 août, il propose une intervention que refuse l'intéressée. Le surlendemain, la malade accuse des douleurs violentes : écoulement sanguin peu abondant et expulsion de débris membraneux. Le 17 septembre, M. le Professeur Guérin-Valmale reçoit la malade et, trouvant la trompe droite redevenue presque normale, conclut à un avortement tubaire. Il estime que la résorption complète se produira par la suite. En effet, les pertes sanguines cessent progressivement, puis les règles normales reviennent régulièrement. La dernière période remonte au 15 juin et le début de la grossesse actuelle a été tout à fait normal. Le 8 août, brusquement, douleur vive dans la fosse iliaque gauche, coliques durant quelques heures, mais pas de vomissements, ni de ballonnement du ventre, les symptômes douloureux s'atténuent rapidement sous l'influence du repos et de la glace sur le ventre.

Quatre jours après, le 12 août; consultation de M. le Professeur Guérin-Valmale. Après avoir examiné la malade, ne trouvant rien d'anormal, il lui permet de se lever et de reprendre ses occupations. Tout va bien et semble terminé pendant quatre jours. Subitement, le 14 août, nouvelle crise douloureuse, encore à point de départ dans la fosse iliaque gauche, mais toujours pas de vomissements, ni d'hémorragies : repos, glace sur le ventre, diète. Le 16 août, en allant à la selle, douleur vive, syncope, vertiges, puis bourdonnements d'oreille et pâleur extrême. M. le Professeur Guérin-Valmale, appelé à voir la malade, la dirige sur la Maternité, où elle arrive à 16 heures, après un trajet en automobile d'une soixantaine de kilomètres. A son arrivée, femme au teint de cire, à extrémités froides, à pouls petit, hypotendu. Ventre plat et douloureux à la palpation dans la région de la fosse iliaque gauche, où l'on peut voir à la palpation une tuméfaction en forme de boudin. Au toucher, col utérin ramolli en partie, par le palper et le toucher combinés : utérus gros comme une mandarine.

Le cul-de-sac latéral gauche est douloureux, il est rempli par

une masse mal délimitée, pseudo-fluctuante qui s'étend en arrière vers le Douglas. En présence de ces signes et des anamnestiques, le diagnostic est net : avortement tubaire ou rupture de grossesse tubaire, et l'intervention s'impose. En attendant, on s'efforce de remonter la malade et de la réchauffer; le poulx, incomptable et filiforme, devient un peu meilleur, et l'intervention est pratiquée le lendemain matin. Anesthésie à l'éther goutte à goutte, l'intéressée s'étant obstinément refusée à une rachi. Laparotomie médiane; la cavité abdominale est pleine de caillots; rapidement, l'excavation est nettoyée. La trompe gauche est le point de départ des accidents : grosse comme une petite banane, elle est enlevée entre deux ligatures. La trompe droite est explorée; comme trace des accidents de l'an dernier, une cicatrice fibreuse au niveau de la partie moyenne; le pavillon est obturé par des franges agglutinées. Lavage de la cavité péritonéale à l'éther; fermeture de la paroi en trois plans. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XI.

(R. SLIVINSKI, *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*,
p. 464, année 1925.)

Deux grossesses tubaires différentes dans l'espace de cinq mois.

Mme C. H..., 20 ans, mariée depuis deux ans.

Premières règles à 15 ans, chaque quatre semaines; cinq, six jours, modérées. Avortement (grossesse de dix semaines) avec curetage. Suites fébriles. Cure par tamponnement. Dernières règles le 27 septembre 1924, normales. Deux semaines après, la malade eut des douleurs dans le côté droit, au bas-ventre, qui se répétèrent plusieurs fois. Le 21 novembre, le soir, la malade perdit connaissance à la suite de très fortes douleurs, et fut transportée à l'hôpital dans un état très grave, avec le poulx très faible.

Les jours suivants, l'état s'améliorait. Mais, le 30 novembre, les douleurs se renouvelèrent, avec symptômes d'hémorragie interne. Laparotomie : ablation de la trompe droite, rompue (grossesse

tubaire) et de l'ovaire droit. Suites normales. Guérison. Le 16 décembre, la malade quitte la clinique. Le 18 mai 1925, la même malade revenait à l'hôpital à cause de douleurs dans le bas-ventre, cette fois du côté gauche. Dernières règles le 20-27 avril. Les derniers quinze jours, elle sentait des douleurs dans le bas-ventre du côté gauche et saignait légèrement. Exacerbation répétée des douleurs. Le diagnostic s'incline pour la grossesse tubaire gauche. Laparotomie. Le ventre est plein de sang. Ablation de la trompe gauche rompue. Suites normales. Guérison. La malade quitte l'hôpital le 6 mai 1925.

OBSERVATION XII.

(J. VANVERTS, Réunion obstétricale de Lille,
séance du 24 février 1926.)

Récidive de grossesse tubaire.

Mme R..., 33 ans, réglée très irrégulièrement avec des absences de règles de plusieurs semaines parfois. En 1919, cette femme fut opérée pour grossesse tubaire de deux mois et demi. Depuis cette opération, la santé est bonne et les règles, toujours en retard de quatre à cinq jours, sont d'abondance moyenne et sont indolores. Sujette depuis longtemps à des crises d'oppression, qui semblent dues à des bronchites, elle a vu ces crises augmenter de fréquence et d'intensité depuis l'opération. En dehors des crises, la santé est bonne, les fonctions digestives sont normales. Il y a parfois un point douloureux dans le côté droit : il n'y a pas de leucorrhée. Dernières règles le 26 octobre 1925, avec dix jours de retard; ces règles furent très peu abondantes. Le 9 novembre, Mme R..., ayant fait une petite lessive, ressent une très forte douleur dans la région lombaire gauche; cette douleur disparaît rapidement. La nuit suivante, un écoulement de sang apparaît dans les voies génitales, mais cesse bientôt. Le 16 novembre, l'écoulement sanguin reparaît, peu abondant, mais persiste. La douleur reste absente. Le 17 novembre, l'écoulement sanguin continue; de fortes coliques

se produisent dans tout le ventre et s'accompagnent de nausées pendant trois heures, puis disparaissent. Les seins, qui gonflaient d'ordinaire au moment des règles, sont restés tendus et un peu douloureux depuis quelques semaines. Le 18 novembre, je suis appelé à examiner cette malade. Son aspect extérieur est excellent. Le cœur est sain, le palper abdominal est négatif. Le toucher montre que le corps utérin est resté normal ou peu augmenté de volume, mobile, indolore et qu'à droite de lui se trouve une tuméfaction circonscrite, peu volumineuse, très douloureuse, située assez bas dans le Douglas. Le diagnostic probable est celui de grossesse tubaire. La malade fait du reste remarquer que les douleurs qu'elle a éprouvées le 17 étaient semblables à celles qui se produisirent au moment de la première grossesse tubaire. Je décide cependant d'attendre quelques jours en se surveillant.

Les jours suivants, le point douloureux droit existe presque constamment, et la malade continue à perdre un peu de sang. Le 21 novembre, l'écoulement sanguin est plus abondant; il en est de même le 22. Le 23, la douleur du côté droit est très accusée. Le 25 novembre, je procède à un nouvel examen, qui me donne les mêmes renseignements que le précédent.

J'avais vivement conseillé l'opération, et la malade l'avait acceptée, mais à partir du 26, l'écoulement sanguin et les douleurs spontanées disparaissent complètement. Un troisième examen, pratiqué le 27, donne les mêmes renseignements que les précédents. Le lendemain, 28 novembre, la douleur et la métrorragie disparaissent, légères, puis, à certains moments, la douleur est plus vive et l'écoulement de sang plus abondant. Au cours d'une crise plus douloureuse, le 1^{er} décembre, le visage devient pâle. Dans ces conditions, je décide d'intervenir de suite.

Opération (1^{er} décembre 1925). — Laparotomie médiane au niveau de la cicatrice antérieure, qui est solide. L'épiploon est adhérent à une notable partie de la paroi abdominale, au niveau et à gauche de la cicatrice. Le côlon iliaque, disposé verticalement, est adhérent à la paroi abdominale, à gauche de la cicatrice, sur une notable étendue; je ne supprime pas ces adhérences. Il n'y a pas de sang dans le péritoine. Après avoir décollé un peu d'épi-

ploon et le côlon iliaque pour entrer dans le pelvis, je trouve des caillots dans la région de la trompe droite et surtout autour de celle-ci. Dans le Douglas existe du sang brunâtre. La trompe droite est augmentée de volume et accolée à l'ovaire, qui lui est adhérent. Le ligament large droit est œdédié. J'enlève les annexes droites.

Examen de la pièce. — La trompe, augmentée de volume, présente une surface lisse, d'aspect rouge foncé, et un orifice abdominal dilaté et comblé par un caillot, qui fait saillie en dehors. Elle est remplie de caillots noirs et rouges. L'ovaire, qui lui est intimement accolé, renferme une cavité remplie de caillots noirs. L'examen microscopique de la trompe a été fait par le professeur Curtis, qui m'a remis la note suivante : le caillot sanguin est constitué par des masses arrondies, que l'on peut identifier à des villosités. Celles-ci, en état de nécrose, présentent au centre un tissu encore anastomosé, avec, à la périphérie, un tissu correspondant à la couche plasmodiale altérée. Les suites opératoires furent très simples. Le 20 janvier 1926, l'opérée était en excellente santé.

OBSERVATION XIII.

(H. PAUCOT, Réunion obstétricale de Lille, séance du 24 février 1926.)

Récidive de grossesse tubaire après ovario-salpingostomie.

Mme M..., 31 ans, mariée en 1913, séparée de son mari par l'invasion, devint enceinte en fin 1918 et accoucha prématurément le 16 juin 1919 d'un enfant vivant, se présentant par le siège, et qui succomba quelques minutes après son extraction. Suivit une infection puerpérale sérieuse avec réaction péritonéale, pour laquelle on lui fit un abcès de fixation. Soignée en 1921 pour métrite cervicale, elle eut bien qu'ordinairement normalement menstruée, au cours des années 1921 et 1922, par trois fois des règles hémorragiques. Je la vois le 30 mai 1923; les dernières règles normales ont duré quatre jours, du 9 au 13 mai; depuis le 19, elle perd un sang rose en petite quantité, mais d'une manière continue, et souffre depuis quelques jours du bas-ventre, à gauche. L'utérus, nor-

malement antéfléchi, ni dévié, ni augmenté de volume, est indolore; dans le cul-de-sac latéral droit, on trouve un ovaire prolabé, et à gauche, haut située, une trompe grosse et tendue.

Le 15 juin, je revois la malade. L'écoulement sanguin a pris le caractère de règles abondantes, du 3 au 7 juin, et s'est accompagné de vives douleurs irradiées dans le rectum. Le toucher fait constater dans le Douglas l'existence d'une masse bosselée, douloureuse, du volume d'une grosse noix verte : le diagnostic de grossesse tubaire s'impose. Malgré mes conseils, la malade diffère jusqu'au 25 juin l'intervention proposée. Ce jour, je pratique, avec l'aide du Docteur Delannoy, une laparotomie médiane. Il y a du sang dans le péritoine. A gauche, l'intestin est fixé par des adhérences récentes à une trompe violacée, du volume de la racine d'un pouce et prolabée dans le Douglas; celui-ci est rempli de caillots. La trompe, facilement réséquée, n'est pas rompue, le sang en s'écoulant par l'orifice tubo-ovarien, qui a la dimension d'une lentille. Le Douglas est débarrassé de ses caillots et recouvert par des franges épiploïques du gros intestin. L'ovaire droit sain est prolabé, ainsi que la trompe, dont le pavillon est fermé; cette trompe paraît saine et ne présente, à part un état congestif très justifié, aucun renflement ni induration. On fend le pavillon longitudinalement par un coup de ciseau, et deux lèvres ainsi obtenues sont écartées et embrassent un pôle de l'ovaire, auquel on fixe par un point de suture (catgut 0). Ovaire et trompe sont fixés au-dessus de la zone de péritoine dépoli. Les suites opératoires locales heureuses amenèrent une réunion *per primam*, mais la malade, qui avait de très mauvaises dents, fit une parotidite gauche aiguë, avec des températures assez élevées. Je revois la malade le 13 février 1924; elle a été très bien réglée tous les vingt-huit jours, sans la moindre douleur, depuis l'opération. Le 22 novembre, la menstruation est normale, depuis elle est suspendue et sont apparus divers signes sympathiques de grossesse. Le 11 février, la malade a perdu du sang toute la journée et ne s'est pas reposée : elle fait un travail pénible et reste debout tout le jour. L'examen révèle un utérus manifestement gravide; la malade perd un peu de sang foncé. Le 14 février au matin, accompagnée de douleurs utérines vives, se produit une abondante hémor-

ragie et un œuf de deux mois et demi est expulsé dans le vagin. Une languette de placenta saillant dans le col et qui adhérait dans la corne utérine droite, entretenant un suintement sanguin, nécessite à 18 heures un curage digital, d'ailleurs fort simple. L'utérus est bien mobile, les culs-de-sac souples, et l'ovaire droit en situation normale.

Je la revois le 20 janvier 1926. Elle a été bien réglée jusqu'au 26 novembre 1925; à cette date, la menstruation est normale. Elle a une existence assez pénible, dans laquelle la fatigue s'allie aux soucis. Le 19 décembre, elle fait une chute assez sérieuse et se contusionne l'abdomen et le genou du côté droit. Le 24 décembre, les règles n'apparaissent pas. Légère perte de sang rose le 1^{er} janvier; ensuite, écoulement intermittent de sang, tantôt rosé, tantôt noirâtre. Le 12 janvier, colique assez vive et de courte durée. Le 16, écoulement de sang assez abondant. Le 17, douleur vive, avec menace de syncope à l'occasion d'une selle. L'examen révèle un utérus médian mobile, augmenté de volume, mais aucune tumeur ou empâtement des culs-de-sac. Le 8 février au matin, douleur violente, pâleur, état syncopal, pouls petit. Le 11 février, laparotomie, on trouve environ 400 grammes de sang caillé dans l'abdomen. La trompe gauche, sinueuse, gonflée, est recouverte de caillots. Hystérectomie et ablation des annexes sans incidents; très peu d'adhérences épiploïques du côté gauche. Suites opératoires rigoureusement apyrétiques.

Examen de la pièce. — L'ovaire est sain, la trompe n'est pas rompue, l'ostium tubaire est largement ouvert. La tunique séreuse de la trompe est corrodée sur son bord supérieur par le placenta; en la décollant, on aperçoit par transparence un fœtus de deux mois environ.

OBSERVATION XIV.

(J. SCHWARTZ, *Formes rares de grossesses extra-utérines*,
Paris médical, 1926.)

Mme F..., opérée par moi, en janvier 1923, pour une grossesse ectopique gauche avec avortement tubaire, a eu, en novembre 1925,

un retard d'environ douze à quinze jours, qui fait penser à une grossesse ectopique gauche, avec avortement tubaire; au bout de ce temps, après légère douleur abdominale, un suintement utérin de sang rouge s'installe et dure une huitaine sans incident. A ce moment, vers 5 heures de l'après-midi, survient un malaise général avec pâleur considérable de la face, tendance à la syncope, état nauséux et douleurs au ventre; mais bientôt la malade a un vomissement et déclare que tout est fini, qu'elle se sent très bien. Pouls à 75, température aux environs de 37°5. L'examen montre un ventre un peu douloureux, surtout sur le trajet du cadre colique; l'examen gynécologique ne montre aucune tuméfaction juxta-utérine. Malgré l'absence de signes précis, je pense à la possibilité d'une nouvelle grossesse extra-utérine; je fais transporter la patiente à la maison de santé; je la mets sous la surveillance de mon interne et je décide de pratiquer le lendemain matin, sous anesthésie générale, un examen gynécologique complet, pour voir s'il y a grossesse normale ou grossesse ectopique.

Le lendemain, la malade est endormie et mon collègue et ami M. Levy-Solal, accoucheur des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, examine l'utérus, tandis que je suis prêt à faire, en cas de besoin, la laparotomie. De l'état de la dilatation de la cavité utérine, dans laquelle un doigt entre facilement jusqu'au bout, de l'état du contenu de cette cavité, M. Lévy-Solal conclut à une grossesse utérine très peu avancée; d'ailleurs, l'examen gynécologique, pratiqué sous anesthésie générale, ne montre rien d'anormal dans la cavité pelvienne, et je pratique moi-même l'examen gynécologique, et je puis affirmer qu'il n'y avait rien de palpable dans la cavité pelvienne. M. Lévy-Solal pratique un curage digital, puis un curetage prudent. Les suites sont simples et sont celles d'un avortement sans gravité : pertes de sang pendant trois ou quatre jours, puis plus rien. Mais vers le septième jour, Mme F... se plaint de phénomènes douloureux intenses sur le trajet du cadre colique commençant à droite dans la région cæcale, phénomènes douloureux semblables à ceux qu'elle avait ressentis avant le curetage; la température oscille autour de 37°8; le pouls ne varie pas. Les crises douloureuses qui se terminent par

un repos complet, se répètent, dès lors, tous les deux ou trois jours, et chaque fois on peut constater une sensibilité très vive du ventre, surtout accusée sur le trajet du côlon. En même temps, la malade pâlit, se fatigue. Le 8 décembre, après une nouvelle crise, toujours caractérisée par une douleur intense s'irradiant le long du cadre colique, étant donnée la pâleur accentuée de la face, on fait d'urgence une numération globulaire et on trouve 1.500.000 globules rouges. Ce chiffre globulaire nous déconcerte, car à aucun moment la malade n'a présenté les signes d'une hémorragie interne importante et, d'autre part, à ce moment même, l'examen gynécologique ne montre qu'un grand utérus rétrofléchi, un Douglas douloureux, mais pas de masse appréciable dans le petit bassin. Le 9 décembre, j'opère la malade d'urgence, et voici ce que je trouve : très peu de sang liquide dans le ventre, quelques caillots mous dans la cavité pelvienne. La trompe droite, la seule qui reste, est normale, sauf quant au pavillon, que j'ai déchiré en sortant les annexes. Parmi les caillots que j'extrais, je distingue très nettement un œuf gros comme un œuf de pigeon, avec, au centre, une cavité et un embryon d'environ 12 millimètres de long. Un des pôles de l'œuf est rompu, un caillot en émerge. D'autre part, les membranes d'enveloppe de l'œuf se fixent, solidement, sur la face antérieure du haut rectum et sur le péritoine voisin. Il s'agit donc, ici, d'une grossesse tubo-abdominale avec fixation de l'œuf et de ses enveloppes sur le péritoine voisin. Cette disposition explique que nous n'ayons jamais pu trouver, même à un examen sous anesthésie générale, de tuméfaction juxta-utérine; elle explique difficilement l'anémie extrême de la malade qui avait perdu très peu de sang, car, je puis affirmer qu'elle n'en a pas perdu plus de 400 grammes. Notons enfin que l'élément douleur, qui a été, avec l'anémie, le seul symptôme important, a été toujours une douleur colique, douleur évidemment due au spasme réactionnel du côlon, et cette douleur a d'ailleurs persisté pendant près de quinze jours après l'opération, toujours sous forme de crises, tant qu'il y avait une mèche dans la cavité pelvienne, car, n'ayant pu faire la toilette du petit bassin à cause du siège même de la grossesse, j'ai dû laisser un petit Mikulicz. Cette grossesse

ectopique nous a d'autant plus dérouté, alors que pourtant nous la cherchions, qu'il y avait, en même temps que la grossesse ectopique, une grossesse intra-utérine, fait d'ailleurs connu mais rare. Après des suites mouvementées dues au drainage, la malade a parfaitement guéri.

OBSERVATION XV.

(P. PERRIN.)

Double rupture de grossesse tubaire à 14 mois d'intervalle.

Mme M. A..., 36 ans, concierge à Saint-Denis. Antécédents personnels : scarlatine à 12 ans. Réglée à 12 1/2; règles normales tous les mois à la même date durant trois ou quatre jours. Cependant, règles douloureuses obligeant à prendre du repos. Les souffrances existaient surtout à gauche; mariée à 17 ans 1/2.

Première grossesse : à 17 ans 1/2, en 1908; accouchement normal, enfant bien portant.

Deuxième grossesse : en 1911, accouchement par le siège, deuxième enfant bien portant.

Troisième grossesse : en 1914, accouchement normal, enfant mort de broncho-pneumonie à 7 mois 1/2.

En 1925, elle attendait ses règles pour le 11 avril; le 12, vers 10 heures du matin, ressent une douleur vive au niveau de l'épigastre, douleur qui s'accroît et descend dans la fosse iliaque gauche. Etat syncopal, vomissements, perte de connaissance. Le médecin appelé d'urgence prescrit : piqûre de morphine et lavement laudanisé. Les douleurs se calment. Le 13 avril, à 2 heures, nouvelles douleurs violentes avec syncope. Le médecin appelé dirige la malade sur l'hôpital où elle arrive à 4 heures. A 5 heures, elle est opérée : laparotomie médiane, inondation péritonéale. Il y a rupture de grossesse tubaire gauche (grosseur d'une petite noix), ablation de la trompe et de l'ovaire.

Traitement : Injections de sérum physiologique adrénaliné, d'huile camphrée et d'hémostyl. La malade se remonte rapidement et sort, complètement guérie, le 3 mai. Le 20 mai, elle part à

la campagne; les règles réapparaissent le 31 mai, normales comme auparavant, mais non douloureuses. En 1926, règles normales au mois d'avril. Pas de règles au mois de mai. Le 11 juin, pertes sanguines non douloureuses et persistant une dizaine de jours. Le 20, vers 17 h. 30, la malade, en promenade à la campagne, est prise d'une violente douleur dans le bas-ventre, avec pesanteur, vomissements, syncope; on la ramène à Saint-Denis et elle est dirigée sur l'hôpital où elle arrive le 21, vers 10 h. 30.

Examen : Pâleur extrême, pouls imperceptible, douleurs généralisées dans l'abdomen, mais plus marquées à gauche. Le ventre est ballonné. Le côté gauche paraît être plus mat. Au toucher, on sent le col accolé à la paroi antérieure, un peu ramolli. Le cul-de-sac antérieur bombe. L'utérus ne peut être délimité à cause de la douleur. Laparotomie vers 11 heures : inondation péritonéale diffuse, caillots mous en grande quantité, sang noir. Rupture tubaire droite (portion isthmique). Ouverture de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Ne saigne plus. Tissu friable. L'ovaire présente un petit kyste. Extirpation, évacuation du sang et des caillots. Drainage.

Traitement : Injections sous-cutanées et intraveineuses de sérum physiologique, compte-gouttes rectal, huile camphrée, hémostyl.

La malade se colore et se remonte rapidement et sort guérie le 4 juillet.

OBSERVATION XVI.

(R. LEBRY, G. MONTEL, *Lyon médical*, 17 avril 1927, p. 443.)

Des interventions chirurgicales conservatrices dans la grossesse tubaire.

Observation de grossesse tubaire récidivante.

Une fausse couche il y a trois ans.

Une première grossesse tubaire il y a deux ans, opérée d'urgence à l'infirmerie de Porte de l'Hôtel-Dieu : ablation des annexes droites (Docteur Lebry).

Depuis, nouvelle grossesse tubaire. Arrêt des règles en mars 1926. Succession de petites crises abdominales caractéristiques : la malade fait elle-même son diagnostic. Etat anémique à l'entrée; il existe du subictère. Toucher : utérus antéfléchi et attiré à droite, cul-de-sac latéral gauche occupé par une masse pâteuse, très douloureuse. Col gros, métritique et ramolli.

Intervention (22 avril 1926, Prof. Villard). — Laparotomie médiane sous-ombilicale, inondation péritonéale. On constate, à droite, l'ablation ancienne des annexes et, à gauche, une grossesse tubaire en voie de fissuration au niveau du ligament tubo-ovarien. On tente une opération conservatrice; en incisant et agrandissant la fissure, on extrait l'œuf en entier avec son placenta; la trompe est retournée en doigt de gant. Après vérification minutieuse que le placenta a été enlevé en entier et que la lumière tubaire ne saigne pas, on rentre la trompe dans le pelvis après assèchement des caillots. Fermeture en trois plans.

Suites. — Pendant les trois jours qui suivirent, il exista un petit suintement hémorragique vaginal, traduisant nettement, à notre avis, la perméabilité tubaire.

OBSERVATION XVII.

(E. G. COLLINS, chirurgien au Royal Hull Infirmary,
British medical Journal, janvier 1928, p. 134.)

Le cas suivant paraît être d'un intérêt suffisant pour nécessiter une publication. La malade, une femme mariée âgée de 31 ans, fut admise au Royal Hull Infirmary le 7 décembre 1927. Elle n'avait jamais eu d'enfants ni de fausses couches, mais nous apprit qu'elle avait été opérée pour grossesse ectopique du côté droit six mois auparavant. En octobre, elle eut une absence de règles, et sept jours plus tard, elle présenta une évacuation de sang et de mucus par le vagin, qui ne cessa pas. Pendant toute cette période, elle eut une douleur sourde et pénible dans la fosse iliaque gauche, et trois jours avant son admission elle eut une reprise encore plus

aiguë de sa douleur. Le médecin traitant qui vit son état ne constata point de collapsus. Lorsqu'elle fut admise à l'hôpital, la malade ne présentait aucun signe d'anémie. A l'examen, on trouva plutôt un empatement abdominal sensible et tendu, s'étendant jusqu'à l'ombilic. Le toucher vaginal révéla un léger empatement dans le cul-de-sac gauche, qui ne pouvait être différencié de l'utérus, dont le col était ramolli. Un diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine fut posé, et la malade, dans les deux jours qui suivirent son admission, fut opérée. Dès la laparotomie faite, on trouva une cavité remplie de vieux caillots sanguins agglomérés, isolés par les adhérences causées par l'opération précédente portant sur le côté droit et par une masse s'étendant jusqu'à l'anse intestinale au-dessus. C'était une grossesse ectopique datant d'environ deux mois et demi dans la trompe gauche, mais on ne trouva aucune effraction par où le sang avait pu s'échapper.

L'intérêt de cette observation repose sur ces faits : 1° qu'une rupture de grossesse extra-utérine est survenue dans les trompes; 2° qu'il y a une difficulté considérable de diagnostic, l'hémorragie étant très légère, et qu'il n'était pas facile de fixer une date précise à la rupture.

OBSERVATION XVIII.

(In thèse de DELAHOUSSE, Lille, 1929; *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, mars 1929.)

Torsion de la trompe gravide, à droite, avec gros kyste de l'ovaire tordu chez une femme opérée, il y a huit ans, de grossesse extra-utérine gauche.

Il y a huit ans, cette malade, qui avait eu deux enfants, fut opérée par nous pour un volumineux hématome intraligamentaire gauche consécutif à une rupture de grossesse ampullaire en plusieurs temps.

Le diagnostic avait été assez difficile, mais finalement celui d'hématocèle fut porté, et, dans la nuit même qui précède le jour fixé

pour l'opération; il y avait eu une poussée douloureuse, due à une nouvelle hémorragie.

Cette malade n'ayant à ce moment que 24 ans, on ne fit que la castration gauche. Depuis, elle allait très bien, avec des règles cependant irrégulières. Elle n'eut pas de nouvelles grossesses, quand, il y a vingt jours, elle fit brusquement des accidents très douloureux du côté droit du ventre.

Le médecin crut d'abord à une appendicite. Tout se calma pendant vingt-quatre heures, mais le lendemain nouvelle crise douloureuse.

Nous la voyons alors et constatons dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale, une tuméfaction; tout le ventre est ballonné; arrêt des gaz, nausées.

Nous pensons plutôt à une lésion génitale, pyosalpinx ou hématoécèle, mais le toucher vaginal est négatif. La tumeur paraissait haute. Pas de température, pouls rapide. Après vingt-quatre heures d'observation, la tumeur et le ballonnement paraissent augmenter, quoique la température ne dépasse pas 38 degrés. Notre diagnostic se fixe sur celui d'hématoécèle; il faut noter un léger écoulement brunâtre par le vagin, mais nous ne pouvons rien fixer au sujet d'un retard possible des règles. Intervention.

A droite, un gros kyste de l'ovaire, qui, ponctionné, donne un liquide clair; au-dessous de lui, une grosse trompe noirâtre, rompue à sa partie inférieure, où elle épanche des caillots dans le petit bassin. La portion interne de la trompe est tordue sur elle-même, dans le sens des aiguilles d'une montre, torsion complète. De la partie externe de la tuméfaction tubaire, on voit sortir un petit appendice, long de 3 centimètres, gros comme un petit crayon, sortant des franges à son extrémité. Cela paraît être la portion externe de la trompe dans laquelle il n'y a pas d'hémorragie.

Hystérectomie subtotale rapide de gauche à droite, sans drainage. La malade va bien; à signaler, en outre, un pavillon accessoire. Ayant voulu conserver la pièce intacte, nous n'avons pas ouvert la trompe; nous allons le faire devant vous. Aussi le diagnostic de grossesse tubaire peut-il être discuté; et nous nous

sommes évidemment demandé s'il ne s'agissait pas d'une torsion aiguë de la trompe saine avec infarctus, le kyste ovarien suffisamment indépendant ne s'étant pas tordu lui-même.

Il faudrait alors admettre que, sous l'influence de la distension sanguine, la trompe se serait rompue et aurait commencé par épancher du sang dans le péritoine par cette rupture; ce qui est, croyons-nous, exceptionnel, mais pas impossible.

Le syndrome clinique serait absolument le même que celui d'une grossesse tubaire avortant ou se rupturant par fissuration en plusieurs temps.

Le cas est, somme toute, assez rare, et on peut, de toute façon, l'interpréter :

Torsion d'une trompe probablement gravidique;
Hématome péritonéal;
Kyste de l'ovaire non tordu,

chez une femme opérée auparavant d'un hématocele par grossesse ampullaire rompue.

OBSERVATION XIX.

(In thèse de DELAHOUSSE, Lille, 1929.)

Femme de 28 ans ne présentant rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle a été réglée à 14 ans. Mariée en 1923, elle a, en 1925, un accouchement normal. L'année suivante, un avortement de trois mois nécessite un curettage; les suites sont normales.

Le 15 octobre 1928, le Docteur Delahousse est appelé d'urgence. A ce moment, les règles ont disparu depuis quatre mois, et la palpation décèle une douleur aiguë dans le flanc droit. La malade présente un léger écoulement de sang par la vulve. Le toucher fait percevoir un col ramolli, un cul-de-sac de Douglas tendu et une masse juxta-utérine assez volumineuse du côté droit. Il n'y a pas de température, le pouls est à 120. La malade est envoyée à l'hôpital de Béthune avec le diagnostic de grossesse extra-utérine

rompue. Le Docteur Quénée enlève la trompe droite éclatée. Les suites opératoires sont normales. Le 5 mars 1929, nouvel appel d'urgence. Hémorragie, douleur abdominale à gauche. Les dernières règles ont eu lieu en novembre 1928. Nouvelle admission à l'hôpital de Béthune où le Docteur Quénée trouve une grossesse tubaire gauche et pratique l'hystérectomie subtotalé.

OBSERVATION XX.

(P. GROUZELLE, *A propos d'un cas de récidence de grossesse extra-utérine*, Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, séance du 18 novembre 1929.)

Il s'agit d'une malade de 29 ans qui entre à l'hôpital pour métrorragies. Cette femme a déjà été opérée pour grossesse extra-utérine, il y a deux ans; on lui enleva l'annexe gauche.

Depuis, elle a eu un enfant bien portant, à terme, en mars dernier. Elle allaite et ses règles ne réapparaissent normalement que le 10 septembre.

Le 8 octobre, les règles sont plus pâles et la malade continue de perdre du sang jusqu'à son entrée à l'hôpital. A l'examen, on se trouve en présence d'une femme obèse, à paroi abdominale très grosse. Cette femme présente évidemment des signes d'insuffisance ovarienne. Le toucher donne les résultats suivants : col mou, mais fermé, Douglas très douloureux au palper, de consistance un peu pâteuse. L'annexe gauche est absente. L'annexe droite est grosse comme un œuf, douloureuse, mais très libre au bout des doigts. Les hémorragies, les modifications des règles, le cri du Douglas, les antécédents font penser à la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Cependant, la masse annexielle a la consistance rénitente d'un petit kyste de l'ovaire. Cette femme est opérée d'urgence : anesthésie au Schleich, excision de la cicatrice de la première opération avec lipectomie. On trouve à droite un kyste de l'ovaire gros comme un œuf, une trompe, un peu rouge, présentant en son milieu une dilatation sphérique, du volume d'un gros pois. Dans le Douglas, 20 cm³ d'un sang noir et sirupeux. La dilatation de

la trompe et le sang dans le Douglas confirment le diagnostic de grossesse extra-utérine; il s'agit d'une grossesse tubaire siégeant dans la partie médiane de la trompe. La malade présentant déjà un syndrome d'insuffisance ovarienne, et pour ne pas aggraver cette situation, on pratique une intervention conservatrice qui consiste en une salpingectomie. Le kyste ovarien est enlevé à son tour, mais on respecte le tissu ovarien de la région hilaire. Fermeture en trois plans. L'examen de la trompe, réséquée, montre les caractères de la nidation de l'œuf dans la trompe. Comme il arrive souvent en pareil cas, nous n'avons pas trouvé d'embryon; celui-ci avait été enlevé sans doute par le flux hémorragique.

OBSERVATION XXI.

(G. JEANNENEY et M. ROSSET-BRESSAND, *Bulletin Société obstétrique et gynécologie*, année 1930, p. 633.)

Grossesse extra-utérine bilatérale successive.

Mme A..., 34 ans, est opérée par nous, en 1928, à la demande du Docteur Donèche, pour grossesse tubaire droite rompue, avec importante hémorragie intrapéritonéale.

Oosalpingectomie droite. La trompe gauche paraissant saine et laissée en place; guérison. Quelques mois plus tard, la malade est revue pour douleurs localisées à gauche et métrite légère.

En novembre 1929, douleurs annexielles gauches avec pertes de sang pendant un mois; l'examen montre un cul-de-sac gauche moins libre que le droit.

Le 25 février 1930, sans modifications dans le cours des règles, douleurs diffuses gauches, empâtement du bas-ventre et du Douglas; pouls rapide, pas de température. Les jours suivants, douleurs localisées au bas-ventre, état hypothermique, pâleur de la face, pouls petit, rapide; au toucher, empâtement des culs-de-sac et du Douglas en particulier.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue est porté par le Docteur Heidenreich, qui nous adresse la malade le 28 février. Une laparotomie est faite aussitôt.

Tout le pelvis est rempli de caillots dont quelques-uns sont organisés; la trompe gauche est éclatée dans sa partie moyenne. On est donc conduit à pratiquer une hystérectomie subtotal de l'utérus restant. Suites un peu mouvementées (température, pouls élevé). la malade quitte la clinique, guérie, le vingtième jour. Dans les antécédents de la malade, on ne relève rien d'intéressant si ce n'est une grossesse normale précédant les deux grossesses extra-utérines et des signes légers de métro-annexite.

OBSERVATION XXII.

(P. SEJOURNET, Société d'obstétrique et gynécologie de Paris, séance du 2 juin 1930.)

Récidive de grossesse extra-utérine.

Mme P..., 33 ans, une grossesse à 22 ans. Enfant mort à l'âge de 5 ans. Une fausse couche à 26 ans et curettage.

PREMIÈRE PARTIE. — Au 14 janvier 1929, j'ai été appelé auprès d'une dame de 33 ans, qui, me dit-on, avait tout récemment fait une fausse couche d'environ deux mois; les dernières règles remontaient au mois de novembre, le 16.

La malade avait expulsé caillots et débris placentaires au cours d'une hémorragie assez abondante. Depuis, elle continuait à perdre. Les renseignements étaient assez vagues, comme souvent en pareille circonstance. A l'examen, le col est entr'ouvert et ramolli, le corps de l'utérus me paraît un peu gros, à travers une paroi abdominale très épaisse. Les culs-de-sac latéraux ne sont pas douloureux, les annexes ne sont pas perceptibles. Dans le vagin, sang en quantité notable.

Cette personne menait une vie active; elle avait subi, me dit-elle, un curettage il y a sept ans, dans des conditions en apparence analogues; elle le réclame à nouveau.

Curettage (15 janv. 1929). — Après dilatation aux bougies d'Hegar, je pratique le curettage. Je retire quelques débris de muqueuse, sans reliquats placentaires. J'en suis étonné.

Suites. — Aucun accident ne suit le curettage. Le suintement sanguin cesse. Néanmoins, conservant une arrière-pensée de ce curettage sans débris, je laisse la malade au repos plus longtemps qu'à l'habitude et demande à la revoir si quelque incident survient.

Rupture de grossesse extra-utérine (19 févr. 1929). — Le 19 février, la malade revient me retrouver parce qu'elle recommence à perdre, très légèrement.

Je la touche et, pour la première fois, je constate l'existence d'une masse annexielle droite, fixée à l'angle droit de l'utérus. La tumeur est douloureuse. Je fais le diagnostic de grossesse extra-utérine. J'étaie mes hésitations et conclus à l'intervention dans un bref délai. Tous ces détails ont leur importance pour la suite.

La malade était dans mon cabinet, habillée, toutefois confiante, lorsqu'elle est prise de douleurs abdominales d'une violence extrême. Elle devient subitement pâle. Son facies est déjà altéré. La syncope est menaçante. Le spectacle est impressionnant. La rupture était évidente.

Opération. — Deux heures après ce dramatique tableau, la malade était sur la table d'opération, affreusement pâle, sans pouls.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Abdomen rempli de sang. Grossesse ampullaire droite : rompue. Fœtus et placenta intra-abdominal. Fœtus : 8 centimètres, sans mouvements.

Ablation des annexes droites. Utérus et annexes gauches normaux : pas de ligature de la trompe gauche. Fermeture sans drainage. Guérison rapide, sans incident.

Voici la première partie de l'observation. Comme toujours, en pareil cas, je mets les malades en garde sur la possibilité d'une récurrence de grossesse extra-utérine et leur conseille un examen précoce s'il survient un arrêt dans la menstruation.

DEUXIÈME PARTIE (sept. 1929). — Les règles d'avril, mai, juin, juillet, ont été normales. Celles d'août ont manqué. Au cours de juillet, il y a eu un petit incident, en apparence insignifiant : une douleur abdominale, du sang vaginal pendant vingt-quatre heures.

Le retard actuel est de un mois et demi. Le col est un peu mou, le corps est gros, en rétro-flexion. Pas de masse surajoutée dans le Douglas. Cul-de-sac gauche en apparence libre.

Le diagnostic de grossesse paraît indiscutable. Normale ou extra-utérine ? J'ai eu un doute dès le premier examen.

En octobre, aucun incident.

6 novembre 1929 : troisième mois plein de la suspension de règles.

Aucune hémorragie, aucune douleur; la femme se croit enceinte. L'utérus est gros, mou, antérieur, sous la paroi abdominale. Mais ce n'est pas un utérus normal, car il est notablement dévié à gauche et paraît partiellement basculé dans le Douglas. Cette masse du Douglas est mobile, sans être toutefois entièrement réductible.

Rien de décelable dans la région annexielle gauche.

Quelques troubles : caprices de l'appétit, nausées, légère augmentation de volume des seins, sans liquide à la pression des mamelons.

Ainsi, deux mois après la première visite, la situation n'était pas lumineuse. Pendant tout novembre, je passai par des alternatives diverses. J'assistai au développement progressif de cette masse, qui gagnait en volume. Je m'efforçai en vain de trouver un organe distinct d'elle, qui aurait été l'utérus et aurait entraîné ma conviction qu'il s'agissait de grossesse extra-utérine. Si vous ajoutez que, de son côté, la malade tenait pour la grossesse normale, affirmait sentir remuer de temps à autre, que devant le péril rendu menaçant elle voulait gagner du temps et attendre, vous pouvez être juge de mes incertitudes, de mes doutes, de mon anxiété. C'est un véritable calvaire (*sic*) que j'endurai.

Première consultation (milieu décembre 1929) : Je demande à mon ami le Professeur agrégé Vignes, accoucheur des hôpitaux, de venir examiner cette dame. Après examen, nous conclûmes : la masse perçue dépasse le pubis de 14 centimètres. Elle répond vraisemblablement à un utérus gravide, dévié à gauche, enclavé en partie dans le Douglas, qui va sans doute prochainement se dégager. Toute recherche de l'utérus en dehors de cette masse reste négative. Pas d'intervention pour le moment. Expectative.

Décembre : La malade reste en observation. L'état général est assez médiocre. Nous assistons à des alternatives : tantôt la malade dit sentir remuer, tantôt c'est le calme complet. Elle enregistre quelques douleurs abdominales et quelques petites pertes de sang, qui se calment par le repos.

Nous revoyons, Vignes et moi, cette dame, le 4 janvier. La masse sus-pubienne mesure 15 centimètres, l'augmentation est donc insignifiante et le volume ne représente pas celui d'un utérus de six mois, ou même de cinq mois. Par le toucher on trouve une masse mollassse, irrégulière, dans laquelle il n'y a pas de ballottement, non plus que de ballottement abdominal.

La radiographie est d'interprétation délicate.

Ne nous montrant aucune ombre fœtale et dévoilant un utérus vide, elle confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Deuxième opération (7 janv. 1930). — Anesthésie au Schleisch.

1° Laparotomie médiane sous-ombilicale.

2° Adhérences épiploïques à tout le petit bassin. On reconnaît une masse très volumineuse, de coloration grisâtre, qui dépasse notablement en haut la ligne de l'ombilic et plonge en bas dans le Douglas, qu'elle occupe entièrement. L'S iliaque, le côlon iléopelvien, cravatent étroitement le pôle supérieur de la tumeur. Les adhérences sont si intimes, sans plan de clivage, qu'il semble impossible de les décoller sans causer de grands dégâts à l'intestin. Pas une goutte de sang dans la cavité abdominale et le petit bassin.

3° On reconnaît, à droite, dévié, incliné, exactement dans la situation indiquée par la radio, l'utérus avec l'ovaire droit, laissé au cours de la première intervention.

4° En essayant de cliver la poche de ses multiples adhérences, après que l'on se fut débarrassé de l'utérus et de l'ovaire droit, celle-ci se rompt et il s'écoule une grande quantité de liquide noirâtre, fluide, avec des débris floconneux, grisâtres; les parois de la poche sont très friables.

5° Dans le fond du petit bassin, on reconnaît la présence d'un fœtus, mort, long de 25 centimètres (environ), relié à la masse principale par son cordon ombilical. On l'extraît. Finalement, la poche est énucléée en sa presque totalité, sauf dans le segment adhérent de l'intestin, où l'on se résout à en laisser quelques fragments.

6° Péritonisation complète, difficile. L'intestin est rabattu en couvertele. Petite mèche dans le Douglas et drain. Fermeture de la paroi.

Examen de la pièce. — 1° Fœtus : 25 centimètres, face aplatie, corps intact.

2° Masse constituée aux dépens de la trompe gauche; on y reconnaît, à l'intérieur, une masse friable, rappelant un placenta, au centre duquel sort un cordon ombilical. Cette masse n'occupait pas entièrement la poche, car, au-dessus, nous l'avons vu au cours de l'intervention, il s'était accumulé une quantité importante de sang mélangé à des liquides organiques.

Suites opératoires. — Etat de shock pendant trente-six heures, sans fièvre, puis suites normales.

Malade revue en mars 1930, excellent état.

—OBSERVATION XXIII.

(MM. G. MICHEL, J. GUIBAL et R. ROUSSEAU, *Trois cas de grossesses extra-utérines itératives*. Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy, 18 mars 1931.)

Mme T..., 33 ans, toujours en bonne santé, réglée à 11 ans, régulièrement tous les vingt-cinq jours. Mariée le 11 juillet 1928; retard des règles d'une vingtaine de jours en octobre 1928; hémorragie cataclysmique grave nécessitant l'intervention d'urgence le 7 novembre 1928 (M. le Professeur G. Michel). Il s'agit d'une rupture de grossesse extra-utérine du côté gauche, extirpation des annexes gauches. Le côté droit infiltré de sang paraît cependant normal. L'opérée guérit simplement et les époques reviennent régulièrement jusqu'au 18 octobre 1930; le 16 novembre, la malade perd moins que d'habitude; les règles ne durent que quarante-huit heures; puis apparition d'un écoulement brunâtre presque continu; en outre, la malade éprouve de temps à autre de petites coliques abdominales du côté droit; elle entre à la clinique le 1^{er} décembre 1930.

A l'examen, pas de modifications de l'état général. Cependant, la malade signale depuis quelques jours de petits malaises avec légères défaillances.

Au toucher, le col utérin est peu modifié; le corps est légèrement

augmenté de volume et refoulé du côté gauche; à droite, on perçoit une tuméfaction diffuse peu douloureuse; après l'examen, le doigt ramène un peu de sang noirâtre. Les seins sont tendus avec hypertrophie des tubercules de Montgomery. On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine, la malade est mise en observation. Le 5 décembre 1930, la malade, qui depuis qu'elle est au repos ne signale plus aucun malaise, éprouve l'impression que la tension de ses seins diminue; les tubercules de Montgomery sont également moins saillants et en même temps l'écoulement vaginal disparaît complètement. A l'examen, le cul-de-sac droit est plus libre, non douloureux; la tuméfaction ayant nettement diminué, on espère ne pas avoir à intervenir. Subitement, le 6 décembre, à 11 heures du matin, douleur au côté droit assez accentuée, état syncopal passager, pâleur et ralentissement du pouls; ce malaise ne dure que quelques minutes; à midi, le pouls est monté à 100; il est régulier et bien frappé; à 13 heures, nouveau petit malaise; le pouls retombe à 80. A 15 heures, l'examen montre un empâtement du cul-de-sac droit et le Douglas douloureux; l'abdomen est souple, non douloureux.

Intervention le 6 décembre, à 15 heures (Docteur Guibal). Laparotomie médiane sous-ombilicale; on trouve dans l'abdomen la valeur d'un demi-litre de sang liquide; la trompe droite est distendue (grosueur d'une amande verte environ); elle ne présente aucune fissure; mais du sang s'écoule en bavant du pavillon de la trompe; sur l'ovaire, on note un corps jaune, de la taille d'une noisette. Résection de la trompe seule, avec conservation de l'ovaire. Toilette du Douglas. Suture de la paroi en trois plans sans drainage. Suites opératoires normales. L'examen de la pièce opératoire montre qu'il s'agit non pas d'une rupture de grossesse extra-utérine, mais d'un avortement tubaire en voie d'évolution. Sur la coupe de la trompe, on constate nettement l'existence d'une apoplexie extra-ovulaire; l'œuf complet est décollé des parois de la trompe et baigne dans une nappe de sang qui s'écoule par le pavillon perméable de la trompe.

OBSERVATION XXIV.

Mme S..., 28 ans, toujours en bonne santé.

Le 15 mars 1928, après un retard de règles de quelques jours, syndrome d'inondation péritonéale typique. La malade, transportée au service de M. le Professeur Michel, est opérée immédiatement (Docteur Guibal). Il s'agit d'une rupture de grossesse extra-utérine gauche; ablation des annexes gauches. Suites opératoires normales.

Le 31 octobre 1930, la malade se fait conduire d'elle-même au service de M. le Professeur Michel, parce qu'elle a été prise subitement, dans la matinée, d'une douleur abdominale violente, de défaillances, tous phénomènes analogues, nous dit-elle elle-même, à ceux qu'elle a ressentis il y a deux ans. En effet, le doute n'est pas possible; il existe un syndrome d'inondation péritonéale.

Intervention immédiate (Docteur Rousseaux). Abdomen rempli de sang. Il s'agit d'une rupture de grossesse extra-utérine du côté droit. Ablation rapide des annexes droites); devant l'urgence, on n'essaie pas la conservation de l'ovaire. Toilette du péritoine. Fermeture de la paroi en un plan, aux fils métalliques, sans drainage. Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXV.

Mme L..., 38 ans.

En 1919 a été opérée (M. le Docteur Louis Michel) d'une grossesse extra-utérine rompue du côté gauche, en pleine inondation péritonéale. Suites opératoires normales. Le 1^{er} mars 1931, la malade est adressée de nouveau au service de M. le Professeur G. Michel; le matin même, douleur abdominale subite, défaillances fréquentes. Dernières règles normales le 31 janvier. Pouls incomptable, syndrome d'inondation péritonéale typique. Intervention immédiate (Docteur Rousseaux). Il s'agit d'une rupture de grossesse extra-utérine droite. Ablation des annexes droites. Toilette du péritoine. Fermeture de la paroi en un plan aux fils métalliques sans drainage.

Suites opératoires bonnes durant les trois premiers jours. Puis, le quatrième jour, apparition d'un syndrome d'occlusion intestinal et exitus dans la nuit. La nécropsie, pratiquée, n'a pas permis de déceler l'origine de cette occlusion; en particulier, aucun signe d'infection péritonéale (d'ailleurs, aucune élévation thermique durant cette courte période postopératoire).

OBSERVATION XXVI.

(LE LORIER, J.-L. LAPEYRE, Maurice MEYER, *Grossesse tubaire récidivée, diagnostic histologique et biologique, grêffes ovariennes, Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie, année 1932.*

Mme M..., âgée de 22 ans, se présente à la Maternité de Port-Royal, le 4 novembre 1931, pour une métrorragie survenue à la suite d'un arrêt de règles de deux mois. En septembre 1930, la malade avait été opérée à Tours, à la suite d'une inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique gauche. Les suites opératoires avaient été normales, les règles ont réapparu au mois d'octobre 1930. Elles s'étaient produites régulièrement avec une abondance et un rythme normaux jusqu'au mois d'août 1931 (10 août). Les périodes mensuelles de septembre et d'octobre ne donnèrent lieu qu'à l'écoulement d'un suintement rosé durant quelques heures à peine, et le 4 novembre, période correspondant environ à l'époque mensuelle, se produit une hémorragie plus abondante. Cette hémorragie, accompagnée de douleurs de la fosse iliaque droite, était d'abondance modérée, constituée par du sang liquide avec un fragment cruenté volumineux qui fut conservé par la malade dans de l'alcool et apporté par elle dans le service.

Examinée à l'entrée, la femme était pâle, pouls à 84 degrés régulier; léger état nauséux, sans vomissements. L'abdomen est souple, indolore. Au toucher, on trouve un col légèrement ramolli dans les régions avoisinant l'orifice externe; il a conservé toute sa longueur et ne présente pas l'aspect d'un col d'utérus en travail d'avor-

tement. Le corps utérin est petit, de consistance normale, en antéflexion avec une légère inclinaison du côté gauche. Dans le cul-de-sac droit, on perçoit deux masses : en arrière, une masse arrondie régulière, dure, du volume d'une noix environ, très mobile, donnant l'impression qu'il s'agit d'un ovaire légèrement augmenté de volume; plus près de l'utérus existe une masse plus petite, mais plus douloureuse à la pression, qui paraît correspondre à la partie interne de la trompe utérine (examen de M. le Professeur Le Lorier). La conclusion de l'examen clinique est qu'on est en présence d'une métrorragie par ovarite scléro-kystique ou par grossesse extra-utérine itérative. Ce dernier diagnostic nous paraît être confirmé d'une façon manifeste par l'examen du débris apporté par la malade et recueilli au cours de la métrorragie de la veille. Ce débris a, en effet, un aspect très particulier; mis dans l'eau, il se présente sous la forme d'un moule en doigt de gant, long de 3 cm. 1/3, large de 1 centimètre, présentant un cul-de-sac terminal régulièrement arrondi et une extrémité opposée largement ouverte. Sa consistance est ferme; l'extérieur est irrégulier, alors que la face interne est vallonnée et présente un aspect velvétique. Il semble qu'on est en présence d'une caduque utérine ayant moulé la cavité de l'organe. Comme la femme appréhende une intervention qui serait définitivement stérilisante en cas de gestation ectopique, on décide de chercher une confirmation du diagnostic dans les épreuves de laboratoire.

L'examen du débris expulsé est fait par le Docteur Durante au laboratoire d'anatomie pathologique de la Maternité. Il s'agit bien d'un moule de la cavité utérine constitué par une caduque; l'examen histologique montre des cellules œdémateuses infiltrées. En aucun point, on ne constate de formation rappelant le syncitium. Le Docteur Durante, cherchant à établir une comparaison avec des coupes de caduque menstruelle pour déterminer si l'existence d'une grossesse coexistante possible donnait à cette caduque quelque caractéristique spéciale, n'en a trouvé aucune : tout au plus M. le Docteur Durante considère-t-il que l'œdème qui infiltre toute l'épaisseur de la caduque est témoin d'un processus congestif; ce processus peut, du reste, être lié aussi bien à une inflammation de la muqueuse utérine qu'à une hyperhémie due à un début de gesta-

tion. Par ailleurs, l'examen méthodique de la cavité interne du moule n'a révélé en aucun point l'existence d'une irrégularité attribuable à une greffe ovulaire. Des coupes ont été pratiquées en différents points espacés les uns des autres; toutes les coupes ont montré le même aspect avec l'absence constante d'éléments syncytiaux.

C'est alors que l'épreuve biologique de la grossesse est pratiquée par M. le Docteur Hinglais suivant la méthode de MM. Brouha, Hinglais et Simonnet, le 7 novembre 1931, quatre jours après l'expulsion de la caduque. Avant le résultat de cette réaction, la malade, inquiète à l'idée de subir une nouvelle intervention, vient nous consulter (Docteur Lapeyre). Elle se présente à notre examen le 14 novembre. Celui-ci nous permet de confirmer exactement les soupçons de grossesse extra-utérine envisagée à la Maternité. Par l'examen physique, nous retrouvons une petite tumeur de la grosseur d'une noix, allongée horizontalement entre l'utérus et l'ovaire droit, dont on la distingue très nettement. Cette tuméfaction est mobile et douloureuse.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine nous paraît donc aussi très probable; toutefois, le volume de cette grossesse ne nous semble pas très exactement en rapport avec sa date d'évolution. Cette grossesse aurait-elle cessé de se développer depuis l'époque de l'élimination de la caduque utérine? Nous apprenons alors, grâce à l'obligeance du Docteur Meyer, que la réaction de Brouha, Hinglais, Simonnet du 7 novembre s'est montrée positive. Nous jugeons donc intéressant, avant de pratiquer l'intervention, de faire une nouvelle réaction. Nous l'envoyons à nouveau pour cette raison à la Maternité. Le 18 novembre, des urines sont prélevées et une deuxième réaction est faite. Cette deuxième épreuve, faite quatorze jours après la première, dans les mêmes conditions, par le même expérimentateur, donne un résultat positif. L'étude quantitative précise de l'hormone a montré, en outre, une diminution légère de son taux. Il semble donc que cette épreuve particulièrement sensible témoignait encore bien de l'existence d'un œuf dans l'organisme. Toutefois, dans l'intervalle, un nouvel incident nous détermine à l'intervention. En effet, le 24 novembre, la malade ayant perdu quelques gouttes de sang à 7 heures du matin et éprou-

vant une sensibilité particulière du côté droit, entre à l'hôpital. Nous trouvons la tuméfaction latéro-utérine droite très augmentée de volume; elle nous donne même l'impression de tuméfaction kystique, dont nous faisons mal l'interprétation. Le lendemain 25 novembre, nous pratiquons l'opération dans le service du Professeur J.-L. Faure, qui nous accueille avec son amabilité coutumière.

Opération (25 novembre 1931). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Résection de la cicatrice abdominale; à l'ouverture du ventre, dégagement d'adhérences épiploïques au niveau de l'emplacement des annexes gauches enlevées. A droite, nous apercevons sur le segment isthmique de la trompe une petite tuméfaction de la grosseur d'une noix, reportée en avant du ligament rond et adhérente à la face inférieure de la vessie. L'ovaire droit nous apparaît volumineux, étant le siège d'un kyste translucide, du volume d'une petite orange. Les annexes sont enlevées au niveau de l'adhérence avec la vessie. La tuméfaction présente une fissuration de coloration placentaire, mais aucune trace de sang épanché dans le péritoine. L'abdomen est refermé en trois plans. Au cours de l'exérèse, le kyste ovarien, folliculaire très vraisemblablement et très fragile, s'est rompu, laissant s'écouler un liquide clair. Au niveau du tissu ovarien, sain d'apparence, nous faisons le prélèvement de deux petites tranches aplaties comme des quartiers de mandarine. Celles-ci sont introduites dans les grandes lèvres selon la technique de Douay.

Quelques jours après l'opération, la malade perd quelques gouttes de sang pendant trois jours. Nous la revoyons le 29 décembre 1931. Elle présente quelques bouffées de chaleur avec sueurs, ceci environ tous les deux jours et une fois ou deux par vingt-quatre heures. La durée du malaise est de quelques minutes. L'examen des greffes montre ceux-ci très perceptibles, le droit plus volumineux et plus bas situé que le gauche. Depuis lors, nous avons eu des nouvelles de cette malade. Dès le début de février, les malaises ont cessé. Le 25 février, ses règles sont revenues une première fois franchement rouges, ensuite rosées pendant quelques jours. Le greffon a augmenté de volume. Le droit provoque une gêne légère pendant la marche.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Les facteurs de la récurrence sont de même nature que ceux de la première attaque et, parlant, ne sont pas mieux connus. Quand les causes de la grossesse extra-utérine — en sortant du domaine de la théorie — seront vraiment éclaircies, celles de la grossesse tubaire récidivante pourraient être considérées comme expliquées. Vouloir étudier les unes revient donc à étudier les causes de la grossesse extra-utérine en général, mais en insistant cependant sur la présence de lésions ou de dispositions bilatérales qui pourraient en expliquer la répétition.

Toute grossesse a été, à son origine, une grossesse extra-utérine : on sait maintenant que, normalement, la fécondation se fait dans la portion ampullaire de la trompe et peut-être même à la surface de l'ovaire. Si l'on admet, comme cela ressort des différentes statistiques établies à cet effet, que chez la femme le moment le plus favorable pour la fécondation se trouve vers le huitième ou dixième jour après les règles; que c'est du vingtième au vingt-deuxième jour que l'œuf fécondé trouve, du côté de la muqueuse utérine, les conditions les meilleures pour sa nidation, on peut en déduire que l'œuf met de dix à douze jours pour traverser la trompe. Chaque obstacle à la migration de l'œuf vers l'utérus peut constituer une cause de grossesse ectopique et, dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, Stoltz résume l'étiologie en disant : « Tout ce qui peut troubler la marche naturelle de l'ovule fécondé depuis l'ovaire jusqu'à la cavité de l'utérus peut devenir une cause de grossesse extra-utérine. Nous avons donc à suivre, pas à pas, la marche de l'ovule, depuis la déhiscence de la vésicule de de Graaf

jusqu'au passage dans l'ostium utérinum et à voir ce qui peut le gêner dans sa marche vers la cavité utérine, ou le solliciter à une implantation ectopique.

Les difficultés commencent précisément lorsqu'il est question de déterminer et de classer les causes qui s'opposent à la migration de l'œuf. Il n'est pas dans notre intention de rassembler d'une façon plus ou moins complète ce qu'ont écrit un très grand nombre d'auteurs. Nous craindrions de voir ce chapitre important de notre ouvrage, consacré à l'étiologie, se réduire en un assemblage aussi confus qu'inutile d'opinions très souvent opposées, qui découlent de remarques faites par des auteurs sur un cas tombé sous leur observation. Les conditions les plus disparates ont été invoquées pour la détermination de l'étiologie de la grossesse ectopique et des observations du cas spécial par la tendance manifeste à la généralisation. Des hypothèses se sont formées, qui ont pris peu à peu l'allure de théories... Il nous paraît très utile de rechercher s'il est possible de faire un travail de classification des causes de la grossesse ectopique, pour en retirer des déductions en relation avec la grossesse tubaire récidivante.

Puisque les physiologistes ont démontré par leurs expériences que les phénomènes intimes de la fécondation s'accomplissaient dans la portion externe de la trompe et jusque dans l'ovaire, le spermatozoïde peut remonter à la rencontre de l'ovule, malgré les cils vibratiles de l'oviducte. Ceci nous explique que nous ne trouverons pas uniquement un ovule, arrêté dans sa migration par un obstacle mécanique qui sera fécondé *in situ*; mais, plus souvent, un œuf prêt à se fixer dès qu'il trouvera des tissus aptes à le recevoir. Cette notion nous amène à concevoir une muqueuse tubaire susceptible de recueillir et de fixer l'œuf, et il nous faudra envisager aussi les modifications de la muqueuse.

L'ovule fécondé peut se greffer et se développer en divers points de son parcours, et constituer ainsi autant de variétés de grossesses. L'ovule fécondé à travers l'orifice de rupture de la vésicule de De Graaf reste dans l'ovaire ou à sa surface :

on a une grossesse ovarienne. L'ovule fécondé tombe de l'ovaire dans le péritoine : on a une grossesse abdominale primitive. L'ovule pénètre dans la trompe et peut s'implanter dans ses différents segments : on a une grossesse tubaire, variété la plus fréquente; c'est sur elle que porte notre étude. Dans une leçon clinique sur les grossesses extra-utérines, en février 1932, M. le Professeur J. Guyot a rapporté la statistique suivante :

Grossesses ovariennes, 4;
Grossesses abdominales, 3;
Grossesses tubaires, 180.

Les grossesses tubaires se décomposaient en trois variétés, dont la fréquence était représentée par les chiffres :

Grossesses interstitielles, 4;
Grossesses ampullaires, 59;
Grossesses isthmiques, 117.

Pour envisager les causes invoquées, pour expliquer la fixation de l'œuf sur la muqueuse tubaire, il nous paraît utile d'adopter la classification suivante :

- 1° Causes en rapport avec le péristaltisme tubaire;
- 2° Causes en rapport avec le développement précoce des propriétés de nidation de l'œuf;
- 3° Causes en rapport avec des faits d'ordre mécanique ou mécano-pathologiques de nature intra et extra-tubaires, qui sont jugés effectuant une barrière physique à la progression de l'œuf;
- 4° Considérations sur quelques conditions réunies par certaines femmes ayant des grossesses ectopiques; nous distinguerons : l'âge, la parité.

1° Etude des causes en rapport avec le péristaltisme tubaire.

Nous avons vu, d'après les recherches des physiologistes, que la traversée de la trompe par l'œuf fécondé s'effectuait

en somme lentement : dix jours environ lui sont nécessaires pour arriver dans l'utérus. Sous quelle influence s'opère cette lente migration ? L'œuf en lui-même, contrairement aux spermatozoïdes, n'est animé d'aucun mouvement propre. Il est entraîné vers la cavité utérine, plus qu'il ne s'y dirige lui-même, sous l'action des cils vibratiles de l'épithélium muqueux. Mais il existe, en outre, deux autres facteurs de forces qui l'entraînent dans ce sens, ce sont : d'une part, les courants séreux mis en évidence par Pinner, Thiry, Lode, et, d'autre part, les contractions péristaltiques de la trompe elle-même. On a beaucoup discuté sur l'existence de ces mouvements péristaltiques et on a prétendu que si le péristaltisme tubaire intervenait dans la migration de l'œuf, on s'expliquerait difficilement que celle-ci s'effectue lentement. Actuellement, on ne peut plus nier l'existence de ce péristaltisme. Seckinger ⁽¹⁾ et Corner, après Moreaux et Snyder, ont noté que chez les macacus rhesus, en dehors de la période menstruelle, la trompe est animée de mouvements lents, réguliers, qui oscillent au rythme de trois à quatre par minute. Quatorze jours plus tard, au moment où l'ovule est dans la trompe et où le corps jaune est en pleine évolution, la trompe est animée de mouvements plus étendus; les contractions se rapprochent (de huit à quinze par minute), ce qui semble bien être en rapport avec la migration de l'œuf. Mikulicz-Radecki a bien étudié expérimentalement la physiologie des trompes chez la lapine. Il a constaté des mouvements péri et antipéristaltiques déjà signalés par Sabota, Fraenkel, Cerner, Kok, etc., chez d'autres animaux. La chaleur et le froid activent ces contractions, qui aident l'action des cellules à cils vibratiles. Chez la femme, ces mouvements ont été longuement discutés, parce qu'on ne les observe généralement pas au cours d'une laparotomie, cependant leur existence paraît maintenant indiscutable. Hirschberg ⁽²⁾ et Pine-

(1) Seckinger and Corner, *Cyclic variations in the spontaneous contraction of the Fallopian tube of the macacus rhesus* (Anatomical record, 26 1923).

(2) Hirschberg, *Sicher beobachtete Tubar-contraction* (Zentr. für Gynäk, 1924, p. 858).

sohn (3) les ont nettement constatés. Enfin, certaines images radiographiques obtenues par Schneider, Eisler (4), Cotte, et d'autres auteurs, montrent en outre que ces mouvements se terminent sur un véritable sphincter qui existerait au niveau de l'ostium utérinum. Pinesohn, en sectionnant au thermocautère des adhérences entre la trompe et l'ovaire, constata aussitôt des contractions péristaltiques de la trompe. Enfin, Mauclaire, bien que n'ayant pas vu naître ces contractions en excitant les trompes des sujets anesthésiés, admet cependant leur existence. Une force encore plus puissante que celle inhérente aux cils est nécessaire pour faire cheminer l'œuf; cette force, ce pouvoir, réside à l'intérieur de la trompe saine, qui manifeste ses propriétés péristaltiques. Grosser a démontré que la migration de l'œuf se fait en deux temps : dans le premier, l'œuf encore peu volumineux, chemine dans la portion la plus large de la trompe, sous l'effet des courants séreux dont nous avons parlé. Le péristaltisme tubaire n'intervient que dans la traversée de la portion interstitielle de l'isthme. Ces quelques notions physiologiques, bien qu'elles soient encore incomplètes, nous permettent de saisir les rapports de la physiologie de la trompe avec la grossesse ectopique.

Nous pouvons avoir diminution de l'intensité des mouvements péristaltiques et arrêt de migration de l'œuf. Dans les lésions inflammatoires, c'est probablement à la fois par des lésions épithéliales, conséquences éloignées de la salpingite, mais plutôt par des altérations parenchymateuses plus profondes, qui ont atteint la couche musculaire de la trompe, qu'il est possible d'expliquer le processus de l'ectopie. La couche musculieuse lésée amènera des modifications importantes dans le péristaltisme tubaire, qui peut être diminué ou aboli.

(3) Pinesohn, *Tuben contractionen* (Zentr. für Gynäk, 1924, p. 1209).

(4) Schneider et Eisler, *Gibt es einen tuben sphincter?* (Zentr. für Gynäk, 1927, n° 1).

La sécrétion intense de l'ovaire paraît jouer un rôle dans la production de ces mouvements. Des travaux récents de Corner, Seckinger, Bondi, ont montré que chez la truie, la guenon ou la lapine, l'excitabilité et la contractibilité musculaire des oviductes sont en rapport avec le cycle de l'ovaire. Pendant la période folliculaire, les contractions sont rapides (15 à la minute) avec alternance de grande et de petite amplitude. Pendant la phase lutéinique, au contraire, elles sont lentes (5 à la minute) et uniformes.

D'autres recherches, faites par Bouin, Moreaux, Cournier, Gerbinger, jointes à celles qui ont été poursuivies en Amérique par Allen et Doisy, ont montré que le follicule et le corps jaune en évolution conditionnent, de façon certaine, l'évolution cyclique de la muqueuse tubaire, et nous avons mentionné plus haut que les mouvements péristaltiques de la trompe eux-mêmes semblent bien être influencés par le corps jaune. Ceci amène donc à envisager si une évolution anormale du corps jaune ne pourrait être responsable de certains arrêts de la migration de l'œuf. Cette hypothèse avait été déjà soutenue par Fraënkcl Schil, et M. le Professeur Cotte a signalé, chez une femme sans passé gynécologique ayant eu une grossesse tubaire, la présence d'un kyste du corps jaune.

Une dernière cause peut être invoquée comme modifiant le péristaltisme de la trompe. On a remarqué que les contractions péristaltiques intenses et bien visibles n'existent que chez des femmes spasmophiles. On a attribué à la spasmophilie les spasmes de l'œsophage, du cardia, du pylore chez le nourrisson et chez l'adulte : de l'intestin, des artères terminales, des membres (maladie de Raynaud), de la vésicule biliaire, des muscles (blépharospasme, torticollis spasmodiques, vaginisme). Il n'est donc rien de plus normal d'admettre que des contractions péristaltiques anti-péristaltiques animales des trompes puissent relever aussi de cette affection. En somme, chez certains sujets prédisposés, le spasme des trompes de Fallope serait la cause de

l'arrêt de l'ovule, d'où grossesse tubaire. Il n'est pas douteux qu'il existe une théorie spasmodique de la grossesse tubaire, et qu'il y ait dans le voisinage une irritation venue de l'appendice, de l'ovaire, du gros intestin ou de l'utérus. Il est possible qu'aucune lésion de ces organes ne puisse être retrouvée; on évoque alors la spasmophilie essentielle.

Il n'est pas nécessaire que l'appendice soit pelvien pour qu'il se mette en contact avec la trompe; il est des cas dans lesquels la trompe et l'ovaire sont restés haut placés, à la hauteur du détroit supérieur, par une sorte d'hypoplasie du bassin. Ajoutons qu'il n'est pas illogique de dire que l'appendicite peut provoquer à distance le spasme de la trompe même sans être en contact avec elle. Legeu a signalé la coïncidence de l'appendicite chronique avec la grossesse tubaire. On sait que la salpingite provoque du spasme dans le gros intestin, placé tout près, mais non en contact avec lui; l'appendicite peut aussi provoquer la dysménorrhée (Eick), le spasme du pylore (Gray). Dans tous ces cas de spasme à distance, le sympathique jouera un grand rôle.

2° Causes en rapport avec le développement précoce des propriétés de nidation de l'œuf.

Tout organisme vivant, toute cellule vivante, possède un potentiel vital, une énergie vitale : cette énergie vitale n'est pas toujours égale, elle est variable chez des cellules de même ordre. Nous devons reconnaître la même propriété à la cellule ovulaire parvenue à la maturité, qui constitue l'incarnation de la vie. C'est cette propriété qui entraîne les facteurs déterminants de l'installation d'une grossesse extra-utérine. La cause de la grossesse extra-utérine réside dans l'œuf mûr, et il ne faut pas chercher la cause dans un autre facteur, a écrit Guido Poorten.

La plus grande partie des œufs parvenus à maturité comprend une masse déterminée d'activité et d'énergie vitale qui est normale et qui est destinée à l'installer, lorsqu'il a

atteint le but fixé et préparé par la nature, c'est-à-dire l'utérus. A côté de ces œufs normaux, il en existe de semblables, qui ne possèdent pas l'énergie de développement normal. Ce sont eux qui parcourent le chemin de l'ovaire à l'utérus, par l'intermédiaire de la trompe, sans pouvoir apporter à leur installation la force, l'activité; ils peuvent aller dans l'utérus, ils peuvent être évacués au dehors de cet organe. Au contraire, il existe un nombre indéterminé d'œufs mûrs, qui possèdent une activité et une facilité de développement exagérées. Ce sont ceux qui nous intéressent et qui aboutissent à une nidation ectopique. Cette faculté de développement intrinsèque anormal apparaît plus ou moins vite et se manifeste dans des endroits variés, qu'il s'agisse d'un développement dans l'ovaire, ou qu'il s'agisse d'un développement dans une portion de la trompe éloignée ou rapprochée de l'utérus. Des conditions surviendront, qui hâtent le processus de placentation avant que l'œuf ait atteint la cavité utérine. Certains auteurs ont tenté de l'expliquer par une augmentation de la température locale; d'autres, comme Hertwig et Holthausen, ont admis une augmentation de l'oxygène à la suite de leurs recherches expérimentales. Les blastomeres du trophoblaste se développent précipitamment et aucune portion du tractus génital n'est à l'abri de recevoir une nidation. Tous les auteurs font ressortir l'activité du trophoblaste, le pouvoir d'érosion de l'œuf et les examens microscopiques montrent déjà, chez les jeunes œufs tubaires, l'invasion profonde et destructrice au niveau de la fixation. Cette croissance destructive ne devrait pas être considérée comme quelque chose de secondaire, mais comme le résultat du développement sur un terrain non approprié d'un œuf parvenu à maturation avec une énergie exceptionnelle.

Guido Paoorten attache une grande valeur à cette explication biologique de la grossesse tubaire, parce que, d'après lui, les autres causes d'origines mécaniques ou mécano-pathologiques ne peuvent suffire à favoriser la greffe ectopique et surtout la bilatéralité.

Déjà, Mandl et Schmidt, sachant que la grossesse ectopique se rencontre chez les animaux, ont fait des expériences sur les lapines, pour savoir si les obstacles mécaniques s'opposant au passage de l'œuf fécondé étaient suffisants pour produire la grossesse ectopique. Ils avaient lié la partie utérine de la trompe dans laquelle se trouvait l'œuf fécondé, et, de cette manière, ils avaient créé les mêmes conditions que celles qu'on croit rencontrer dans la grossesse extra-utérine. Cependant ils n'ont jamais réussi. Après avoir tué les lapines, ils n'ont pas trouvé de changements visibles dans la muqueuse tubaire. Pour se convaincre que les œufs fécondés étaient dans les trompes, ils avaient lié la trompe d'un côté, et ils n'ont pu s'assurer si le côté lié était vide, tandis que du côté opposé se trouvaient les petits au nombre de 2, 3, 4.

Il est visible alors que l'obstacle mécanique ne suffit pas pour provoquer la grossesse ectopique. Küstner fit également des expériences sur les animaux : il extirpa l'ovaire d'un côté, et enleva la trompe du côté opposé. Dans ces expériences, jamais il ne se produisit de grossesse extra-utérine.

Guido Poorten, après avoir mis en cause les déformations morbides de l'œuf qui se greffe prématurément, a fait remarquer que les altérations pathologiques de l'ovaire devaient être en rapport avec la production d'œufs semblables. « D'un ovaire malade proviendraient des œufs malades. » Le cas de Monikow ⁽⁵⁾, gravidité extra-utérine cinq fois observée chez une même femme; le cas de Dittel ⁽⁶⁾, qui a opéré une malade dont la sœur avait présenté, à deux reprises, la même affection, entraînent chez Guido Poorten la conviction que la cause de la grossesse extra-utérine réside dans une particularité de l'œuf mûr.

La théorie de Guido Poorten a été reprise par quelques

(5) Monikow, II^e Congrès des obstétriciens et gynécologues, 1907.

(6) Dittel, *Zentr. für Gynék.*, 1919.

auteurs allemands et italiens. Marta, dans sa publication, lui attribue une place importante. Cette théorie est séduisante; mais trop d'hypothèses et de faits non vérifiés en font partie : l'observation directe de l'œuf mûr reste impossible. Nous ne pouvons l'adopter comme une cause présente dans tous les cas de grossesse extra-utérine et ayant un rôle primordial.

3° *Causes en rapport avec des faits d'ordre mécanique ou mécano-pathologique de nature intra et extratubaire qui sont jugés effectuer une barrière physique à la progression de l'œuf.*

L'énoncé de ce chapitre permet d'envisager une foule de causes invoquées par divers auteurs.

L'obstruction complète de la trompe empêcherait sa fécondation : il faut donc que le passage soit libre jusqu'à un certain point, afin que le spermatozoïde puisse arriver à l'ovule, mais il peut ne pas l'être assez pour le passage de l'ovule fécondé dans l'utérus. C'est à tort qu'on a considéré l'imperforation des trompes, leur oblitération par d'anciennes inflammations adhésives, par des bouchons de mucosités, comme cause de grossesse anormale : il faut toujours qu'il y ait une lumière suffisante pour l'élément mâle.

Les causes de gêne à la progression ovulaire normale peuvent appartenir à des causes mécaniques uniquement. Dans les cas qui nous occupent, elles doivent pouvoir être bilatéralisées, afin d'expliquer la récurrence, bien qu'on puisse observer la répétition dans la même trompe, en certains cas.

Les anomalies congénitales dues à un défaut ou à un vice de développement du canal de Müller existent, mais ne doivent pas être trop fréquentes. Les grossesses ectopiques peuvent se développer soit dans un pavillon accessoire, soit dans un diverticule de la trompe; ces deux organes étant indiscutablement dus à des anomalies de la période embryonnaire, et non à un processus pathologique tardif. La disposition des

pavillons accessoires est très variable : un paquet de franges, séparé d'un autre par un point resserré en collet peut former un pavillon. Il existe aussi des pertuis situés à des distances variables de l'ostium et possédant un orifice à muqueuse plissée. On peut encore rencontrer de petits appendices insérés sur la surface externe de la trompe et présentant des franges à leur extrémité libre. En règle générale, ces conduits ne communiquent pas avec la trompe; l'ovule fécondé se loge donc, dès le début, dans ces pavillons et s'y développe. On a décrit aussi des trompes accessoires aveugles, fermées à leurs deux extrémités, auxquelles on attribue certains hydro-parasalpinx. D'autres se terminent en cul-de-sac d'un côté, et se réunissent de l'autre à la trompe principale; ces conduits borgnes seront considérés, suivant leur importance, soit comme des trompes accessoires, soit comme un de ces diverticules tubaires, bien étudiés par Shickelé. Sappey a trouvé des pavillons surnuméraires chez 10 femmes sur 164 examinées, soit chez un seizième des sujets. Si on y ajoute les diverticules de Shickelé, on voit que ces anomalies sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit. Si les observations sont rares, c'est sans doute qu'elles nécessitent des recherches minutieuses, mais depuis les travaux de Jayle et Helperine en 1922, les canaux borgnes diverticulaires de la trompe sont mieux connus et peuvent plus sûrement être invoqués comme cause de nidation anormale de l'œuf.

Toutes les tumeurs pelviennes, en général, sont susceptibles, par la compression qu'elles apportent, de modifier le calibre et la direction de la trompe. Les polypes intratubaires peuvent également entrer en ligne de compte; mais pour envisager ces facteurs, il faudrait les voir constamment. D'autre part, cette pathogénie ne suffit pas à expliquer la récidue : il faudrait admettre la présence d'une tumeur portant son action sur les deux côtés du bassin, tumeur assez volumineuse pour ne pas passer inaperçue. A la première attaque, elle serait enlevée; la question ne se poserait plus pour la deuxième fois.

Les tumeurs ovariennes, comprimant ou déviant la lumière tubaire, ont été accusées de favoriser la grossesse ectopique par nombre d'auteurs américains.

Robinson a trouvé dans deux cas coexistence de la grossesse ectopique avec un kyste de l'ovaire; mais dans aucun des deux cas, la tumeur ovarienne n'indiquait, par sa situation, qu'elle avait compromis, de quelque manière, la perméabilité de l'oviducte.

D'autres auteurs ont étudié les rapports du fibrome utérin avec la grossesse tubaire et ont trouvé dans 3 pour 100 des cas la présence de cette complication. On a accusé des anomalies de développement de l'utérus, mais rares sont les cas correspondants à cette condition, et il est difficile d'en évaluer la signification.

Si nous analysons des causes d'ordre mécano-pathologique, nous verrons qu'à côté des malformations congénitales de la trompe, il existe des dédoublements tubaires acquis. Sous l'influence d'une inflammation, une frange adhère à la paroi opposée, se greffe, puis le processus s'étend progressivement le long du bord de la frange malade, qui constitue finalement un septum divisant en deux portions la lumière tubaire. Si une inflammation modérée persiste, cette frange s'épaissit, son axe est envahi par des vaisseaux de plus en plus importants, et son stroma, évoluant dans le sens fibromusculaire, en imposera facilement pour une paroi tubaire normale. La trompe se trouve ainsi transformée en deux canaux juxtaposés en canon de fusil séparés par une paroi, qui a comme caractéristique d'être à double face. Elle est tapissée de chaque côté par une muqueuse tubaire et ne montre pas de clivage à sa partie moyenne. Ces remaniements inflammatoires que nous venons de décrire sont le résultat de processus prolongés et peu intenses évoluant sourdement, et donnant lieu à un minimum de signes cliniques qui ne permettent nullement d'apprécier ou même de soupçonner ce qui se passe du côté des trompes. L'exploration radiographique des trompes, après injection de lipiodol, fré-

quemment utilisée aujourd'hui, est capable, dans certains cas, de révéler le dédoublement de la trompe; mais, la plupart du temps, cette particularité reste méconnue, à moins qu'elle ne devienne la cause d'une complication nouvelle : abcès salpingien, paratubaire, hydrosalpinx juxtaposé à la trompe, ou collection hématique ayant ou non une origine gravidique. La grossesse ectopique est, à coup sûr, d'après Le Lorier et Durante, préparée par l'existence des cloisonnements tubaires qu'on vient de voir. Ces cloisonnements tubaires sont peut-être plus souvent acquis que d'origine congénitale. La migration de l'ovule, dans un diverticule de la trompe, du côté interne, si elle s'oppose à tout passage de l'ovule vers l'utérus, ne gêne nullement le spermatozoïde, qui n'a aucune peine de retrouver l'ovocyte égaré et à le féconder.

Les infections de voisinage ont été invoquées, et parmi elles le rôle de l'appendicite, de la périsigmoïdite et de l'épiploïte nous paraît un peu méconnu. Les rapports de l'appendicite pelvienne avec la salpingo-ovarite, sont bien connus, mais les rapports entre l'appendicite et la grossesse tubaire ont fait l'objet de quelques observations. Beuttner et Wageli, en 1917, constatent des lésions appendiculaires dans 75 p. 100 des cas des kystes tordus de l'ovaire droit, dans 25 p. 100 des cas de grossesses tubaires droites, dans 23 p. 100 des cas d'annexites droites ou doubles. Plusieurs observations relatent la rupture d'une grossesse tubaire droite ou l'existence d'une grossesse tubaire droite, avec un appendice pelvien malade. Plusieurs fois aussi, l'hématosalpinx est bilatéral et cadre avec le spasme reflué de la trompe, dont nous avons parlé plus haut. Au point de vue de la pathogénie de cette coïncidence, plusieurs hypothèses sont à envisager. Tout d'abord, on pourrait dire que l'appendicite étant si fréquente, il ne s'agit là que d'une simple coïncidence ou bien que les adhérences appendiculo-tubaires sont secondaires et non primitives. Ceci est possible pour un certain nombre de cas, mais non pour tous. Dans un article, Séjournet a démon-

tré que si l'appendicite devait jouer un rôle important dans la genèse de la grossesse tubaire, la grossesse ectopique droite devrait être plus fréquente que la gauche. Or, sur un total de 585 observations collationnées par Pozzi, la grossesse tubaire était 290 fois à droite et 295 fois à gauche. Il faut remarquer qu'à gauche les adhérences péricoliques unissant l'anse sigmoïde et la trompe sont très fréquentes, et les adhérences jouent aussi peut-être un rôle dans la pathogénie de la grossesse tubaire gauche. On sait que l'appendice est pelvien dans 25 p. 100 des cas, d'après les statistiques de Tumer, Bryant, Bérard, etc. Il est souvent à cheval sur la margelle du détroit supérieur. Or, on peut penser que l'appendice pelvien, une fois infecté, tantôt adhère primitivement à l'ovaire et à la trompe droite, comprime celle-ci et la déforme, tantôt l'appendice infecte la trompe droite, soit par contiguïté, soit par la voie lymphatique, niée par quelques auteurs, soit par la voie du tissu cellulaire sous-péritonéal, soit par le péritoine lui-même. On sait que les lésions appendiculaires peuvent s'étendre à longue distance, témoin les brides fibreuses péritonéales partant de l'appendice et allant à la vésicule biliaire et au duodénum. Théoriquement, on peut encore supposer que ces adhérences en tirant sur la trompe y provoquent des diverticules dans lesquels se fera la nidation de l'ovule. En somme, l'appendicite agirait de deux façons : soit par action mécanique, en provoquant le rétrécissement ou la coudure de la trompe, soit encore par infection propagée par contiguïté, causant une salpingite légère. On a vu plus haut que l'appendicite pouvait, par voie réflexe, être le point de départ d'un spasme se produisant sur les trompes.

Avec la péricolite, nous allons retrouver les mêmes lésions et les mêmes processus pathogéniques. Les rapports entre la péricolite et la salpingo-ovarite gauche sont bien connus. Ils ont été signalés il y a longtemps par Ferli, Morgagni, Grisolle, etc., et plus récemment par d'autres auteurs : Kus, Poulain, etc. Tantôt c'est la trompe qui a pu

infecter le colon pelvien par contiguïté, par voie lymphatique ou par péritonite; tantôt c'est le côlon pelvien qui a pu infecter la trompe par le même processus. On a souvent constaté l'existence d'adhérences unissant l'anse sigmoïde à la trompe et à l'ovaire gauche, et cela au moins une fois sur cinq cas de salpingo-ovarite gauche. Chez une malade, Mauclaire a pu noter une adhérence intime entre une salpingite gauche fibreuse et suppurée, avec le côlon pelvien très rétréci, et la malade présentait des signes d'occlusion intestinale. Mais la coexistence de la grossesse tubaire gauche avec la péricystite, reste peu fréquente, car elle est assez rarement signalée par les auteurs qui en ont parlé. Au cours de l'hématocèle tubaire, le côlon pelvien s'accroche très vite à la trompe; cette adhésion, la plupart du temps secondaire, peut néanmoins, dans quelques cas, être primitive. Il est évident que ces adhérences sigmoïdo-tubaires agissent par compression en déformant la cavité tubaire. Elles peuvent aussi l'infecter et provoquer des diverticules; elles peuvent encore provoquer le spasme de la trompe gauche et arrêter l'ovule dans la cavité tubaire, d'où grossesse tubaire gauche.

L'épiploïte pelvienne peut amener encore les mêmes lésions et les mêmes processus pathogéniques. L'épiploon, qui adhère souvent aux trompes infectées, limite d'ailleurs heureusement le foyer d'infection. Dans bien des observations de grossesses tubaires droites ou gauches, on voit signaler les adhérences de l'épiploon avec la trompe. Ici encore, l'épiploon agit soit mécaniquement en comprimant les trompes, d'où les rétrécissements, les coudures ou les diverticules, soit en provoquant le spasme des trompes qui arrête l'ovule dans sa progression. Souvent, l'épiploon est infecté soit par adhérence avec l'intestin voisin; dès lors, il infecte secondairement la trompe, d'où une salpingite qui favorise l'arrêt de l'ovule. Enfin, il est évident, à notre avis, que les adhérences intestino-tubaires produisent les mêmes lésions hémato-salpinx et grossesse tubaire, et les mêmes signes fonctionnels. Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur la

coexistence de la grossesse tubaire soit avec l'appendicite pelvienne, soit avec la péricystite et l'épiploïte pelvienne.

Si, après avoir essayé de classer les causes des grossesses extra-utérines, dans les lignes qui précèdent, on nous demandait de les résumer très brièvement, nous pourrions tout simplement écrire : imperfections congénitales; lésions acquises.

Le nombre important de récurrences de grossesses tubaires que nous fournissent les statistiques, et le pourcentage relativement faible de femmes qui eurent une grossesse normale, après avoir eu une grossesse extra-utérine, induisent à des considérations qui ne manquent pas d'importance sur l'étiologie. Et si la diminution de fécondité, chez les sujets qui ont eu une grossesse extra-utérine, trouve une explication évidente du fait que la trompe, dans laquelle on vérifia la grossesse, fut enlevée au cours de l'opération, ou s'il n'y eut pas d'opération, elle resta également hors de fonction parce qu'il est bien rare que la trompe touchée reprenne son allure normale. L'explication n'est pas aussi évidente pour la facilité relative de la récurrence à moins que l'on n'admette pas que les mêmes causes qui déterminèrent la première grossesse tubaire aient continué à subsister aussi pour l'autre trompe. Ceci équivaldrait, évidemment, à limiter à la trompe l'obstacle à la migration de l'œuf dans l'utérus, alors que divers auteurs, nous l'avons vu plus haut, ont mis en cause d'autres facteurs. Mais admettre que de telles conditions de faits se déterminent par de mauvais traitements subis par le pavillon de la trompe et par l'ovaire, à l'occasion de la première opération, signifie admettre que chaque opération ayant eu lieu dans la sphère génitale interne puisse être une cause de telles altérations, tandis que, comme le remarque Pestalozza, il n'apparaît pas que dans la littérature on ait enregistré des cas de grossesse extra-utérine, suivis par une « annexotomie » unilatérale pratiquée pour d'autres indications, de salpingostomie, etc., ni, d'autre part, les récurrences se sont vérifiées seulement chez les opérées d'une

première grossesse. Les 24 cas remarquables dans une période qui s'étend de 1837 à 1900 sont des femmes qui, à la première grossesse extra-utérine, n'avaient subi aucune opération.

Puisque nous avons admis que les causes éventuelles congénitales doivent avoir atteint les deux trompes, il nous est possible de dire que les causes congénitales se réduisent, en définitive, à « l'arrêt de développement », ou à des « malformations » facilement relevées à la vue, tandis que tous les chirurgiens se sont contentés d'enlever la trompe lésée, tout en laissant l'autre, sont d'accord pour déclarer avoir agi ainsi parce que la trompe survivante paraissait tout à fait saine. C'est donc avec un scepticisme justifié que l'on pense à des causes congénitales, qui déterminent des récidives.

Les lésions acquises nous paraissent être décisives et avoir une importance majeure. Ici, pour expliquer le phénomène, il n'est pas possible de ne pas travailler à partir des inductions admettant, ou bien que les lésions qui déterminent la deuxième grossesse tubaire aient atteint à la fois les deux trompes en les mettant dans les mêmes conditions d'imperfection fonctionnelle, ou que ce soient les événements post-opératoires ou non de la première grossesse tubaire qui ont mis la trompe restante dans les conditions de devenir le siège de la deuxième grossesse ectopique.

L'infection gonococcique, déjà depuis longtemps invoquée comme une des causes les plus probables et les plus fréquentes de la grossesse ectopique, est de celles qui, réalisant les conditions susmentionnées, c'est-à-dire provoquant des altérations dans les deux trompes, peuvent nous donner une explication de la grossesse extra-utérine récidivante. Le processus de l'infection blennorrhagique passe, comme on le sait, avec beaucoup de facilités dans les trompes, et les lésions (voir filet) bilatérales, de telle manière qu'il est bien difficile d'admettre que si on a enlevé une trompe avec des lésions blennorrhagiques, la restante puisse être complètement saine.

Et même l'affirmation absolue de certains auteurs ne peut avoir une valeur certaine que si la trompe dans laquelle on vérifia la récurrence avait été trouvée tout à fait indemne dans l'acte opératoire de la première grossesse tubaire, parce que la blennorrhagie ne produit pas toujours dans les trompes ces altérations, plutôt grossières, que le clinicien peut reconnaître au simple examen macroscopique. Aujourd'hui, on ne trouve plus personne qui ne reconnaisse à la blennorrhagie son caractère trompeur, non seulement dans la symptomatologie clinique, mais même dans les altérations anatomopathologiques. Il n'est pas impossible que certains processus subaigus, bien qu'ayant épargné à la trompe des altérations relevables à l'examen clinique, aient au contraire provoqué de notables modifications de la muqueuse. Il s'agit de processus pas du tout apparents d'endosalpingite caractérisés par de simples desquamations épithéliales ou par des chutes partielles de cils vibratiles qui sont bien capables de provoquer la fixation ectopique de l'œuf, processus déjà mis en cause par Lawson Tait.

Dans le nombre des cas rassemblés par Pestalozza, celui de Roncaglia est démonstratif. En novembre 1896, une femme est soignée pour pelvipéritonite gonococcique; en février 1897, elle subit un curettage; en juillet de la même année, elle est opérée d'annexectomie droite pour avortement tubaire de ce côté; en juin 1900, grossesse tubaire à gauche, suivie par une intervention laparotomique. Le cas de Boatt appartient à la même catégorie. Ayant opéré une femme pour grossesse tubaire, il avait trouvé l'autre trompe en proie à un léger processus inflammatoire, mais ne le toucha pas. Un an et demi après, il y eut une récurrence dans la trompe restante.

*
* *

Une recherche soigneuse dans tous les cas publiés jusqu'ici fournirait peut-être d'autres éléments sur l'importance de la blennorrhagie dans la grossesse extra-utérine en général,

et dans la récidivante en particulier. La constatation commune chez tous les cliniciens, qu'après la guerre la grossesse ectopique est devenue plus fréquente, n'est pas sans importance. On a essayé d'expliquer cet accroissement de la grossesse extra-utérine de diverses façons. Nombre d'auteurs ont fait remarquer que les cas de grossesse extra-utérine ne peuvent pas être augmentés sensiblement; la fréquence de la grossesse extra-utérine tiendrait à ce que le diagnostic soit posé plus facilement ou plus précocement. D'autres ont admis l'augmentation des causes ordinairement invoquées et ont porté leur attention sur des faits qui ont une grande importance. M. P. Nisot, de Bruxelles, après avoir soulevé l'importance des petits traumatismes de la vie moderne : motocyclette, automobile, a écrit : « Toute hyperhémie semblable, se manifestant au moment où l'œuf est dans la trompe, peut l'empêcher de parvenir dans l'utérus soit par obstruction de la lumière et jeu défectueux des cils, ou bien le placer dans des conditions excellentes de greffe, pour qu'il ne pousse pas plus loin sa migration. Les causes d'hyperhémie ne manquent pas de nos jours. Beaucoup de femmes désirant limiter leur famille, agissent au moindre retard soit directement, soit indirectement, sur la cavité utérine. Alors apparaît l'hyperhémie sous l'influence de drogues abortives, de manœuvres intra-utérines, ou de simples injections d'eau chaude. Toute femme peut être amenée à prendre des injections médicamenteuses, ou à subir des traitements sur le col utérin, qui augmentent l'obstacle tubaire à un œuf passant déjà difficilement; ainsi pourra naître une grossesse extra-utérine. » Il ne faudrait cependant pas généraliser, et ce qui, même en part encore très faible, peut être en rapport avec certaines pratiques périlleuses anticonceptionnelles est sans doute en plus étroit rapport avec la diffusion majeure du processus blennorragique. Il ne nous paraît pas d'un grand intérêt de nier le facteur blennorragique; l'observation de Moericke⁽⁷⁾, d'après

(7) *Zur Aetiologie der Ectogravidität. Hatle Marschold, 1900.*

laquelle la grossesse extra-utérine a été rencontrée aussi chez des animaux d'expérimentation, notablement réfractaires à l'infection gonococcique, et de plus en certains pays de l'Amérique du Sud, où cependant la blennorragie n'a pas de diffusion moins importante que dans les autres pays, la grossesse ectopique est rare. Il est facile de répondre au premier argument en faisant remarquer que la grossesse ectopique des animaux d'expérience est un cas plutôt rare et qu'il n'est jamais arrivé à personne l'idée d'attribuer à la blennorragie l'unique cause de la grossesse ectopique, tout en niant l'importance des autres facteurs éventuels. On peut répondre au deuxième argument en formulant une autre question : pour quelle raison, dans ces pays, la grossesse ectopique est-elle aussi rare ? S'il est question de facteurs constitutionnels, ceux-ci pourraient aussi avoir une valeur pour rendre plus difficile la diffusion du processus blennorragique aux trompes, conditions qui mettent un obstacle à la migration de l'œuf dans l'utérus.

On ne peut nier, de plus, que, dans la détermination des récidives, les conditions qui se vérifient d'être une conséquence de la première grossesse tubaire traitée chirurgicalement ou par l'expectative, peuvent avoir de l'importance. Dans le premier cas, laissant de côté les lésions hypothétiques que l'acte opératoire peut produire sur le pavillon de la trompe restante et sur la superficie de l'ovaire correspondant, il reste toujours la possibilité de la « migration externe » de l'œuf de l'ovaire correspondant à la trompe enlevée, et cette migration peut bien représenter la cause de la récurrence. Et même si la première grossesse ectopique n'avait pas préparé l'acte opératoire, on peut avoir également remarqué dans l'autre trompe des modifications capables d'empêcher la migration de l'œuf vers l'utérus.

Il est d'observation courante, dans les interventions laparotomiques sur des femmes qui ont déjà eu une grossesse ectopique qui n'a pas nécessité d'opération, de relever des adhérences du péritoine, de l'épiploon et des adhérences de

l'utérus et des trompes entre eux et avec les organes voisins. Il n'y a donc pas à s'étonner que — par de telles adhérences — la trompe saine ait subi une torsion ou une coudure responsable de la récurrence.

Il nous semble donc que l'importance due à tous les facteurs précédemment examinés étant reconnue, les légères altérations produites par l'infection blennorragique, même dans la muqueuse de la trompe restante, soient les principales responsables des récurrences.

Si nous considérons les conditions dans lesquelles surviennent, chez certaines femmes, les gestations ectopiques, nous les distinguerons en deux sortes : l'âge, la parité. D'après les statistiques déjà anciennes, la grossesse extra-utérine paraît s'observer le plus souvent chez des femmes d'âge moyen, très rarement avant 20 ans. Il ressort de la statistique de Jacobs que la grossesse tubaire serait la plus fréquente de 30 à 35 ans, puis de 25 à 30, ensuite de 35 à 40. Comparativement, si on publie les résultats de Jacobs sur les 82 cas observés par lui, et ceux de Neugebauer au nombre de 37.

Jacobs (82 cas) :

20-25 ans : 8 cas;
25-30 ans : 19 cas;
30-35 ans : 37 cas;
35-40 ans : 16 cas;
40-45 ans : 2 cas.

Neugebauer (37 cas) :

20-25 ans : 5 cas;
25-30 ans : 3 cas;
30-35 ans : 7 cas;
35-40 ans : 9 cas;
40-45 ans : 2 cas.

Ces chiffres sont intéressants, car ils nous montrent que presque toujours nous sommes en présence de femmes dont l'âge avancé dans la vie génitale ne peut se nier. Tilly-Gudden, de Kiel, dans sa publication sur les « gestations ectopiques récidivantes », a essayé de classer en deux catégories les malades : 22 opérées pour cette affection : 55 p. 100 des femmes sont comprises entre 28 et 35 ans, et 40,4 p. 100 entre 18 et 27 ans. Il conclut en écrivant : « Ce qui est en faveur d'une étiologie acquise plutôt que congénitale. » M. le Professeur G. Jeanneney a insisté sur cette même question de l'âge, et estime que « c'est entre 28 et 35 ans qu'on rencontre le plus souvent de grossesse extra-utérine bilatérale récidivante ».

Dans les 26 observations que nous avons réunies, nous avons trouvé les résultats suivants :

entre 20-25 ans : 3 cas;
entre 25-30 ans : 7 cas;
entre 30-35 ans : 10 cas;
entre 35-40 ans : 3 cas;
entre 40-45 ans, néant.
aucun âge : 3 cas.

Sur les 26 observations, en retranchant 3, chiffre des malades dont l'observation ne mentionne pas l'âge, et en ne considérant pas les 7 cas appartenant à la catégorie comprise entre 25 et 30 ans, nous trouvons 13 cas au-dessus de 30 ans.

Parité. — Tilly-Gudden fournit, pour ses 22 cas de récidives, les résultats suivants :

O-pare, 3 cas;
I-pare, 8 cas;
II-pare, 1 cas;
III-pare, 2 cas;
IV-pare, 3 cas;
V-pare, 3 cas;
VI-pare, 1 cas;
X-pare, 1 cas.

La lecture de nos 26 observations fournit :

O-pare, 11 cas;
I-pare, 11 cas;
II-pare, 1 cas;
III-pare, 1 cas;
IV-pare, néant;
V-pare, 1 cas;
VI-pare, néant;
X-pare, néant;
dans 1 cas, parité inconnue.

Le facteur important qu'est la multiparité nous permet de concevoir un fait nouveau. On sait combien l'infection est fréquente dans la période qui suit l'accouchement. Nous ne voulons pas désigner par ce terme les infections graves à allure sérieuse ou septicémique; nous voulons simplement attirer l'attention sur des infections plus légères, plus fréquentes et souvent méconnues. Souvent, une infection légère, une annexite bénigne ou des accidents indéterminés d'infection banale des voies génitales, ont pu passer inaperçus de la malade. Souvent, au cours d'une intervention opératoire, on rencontre des lésions très anciennes des annexes chez des femmes qui ne savent préciser le début de leurs accidents. Ces infections latentes peuvent se traduire par un symptôme qui vaut d'être recherché : la stérilité temporaire. Mais qu'il s'agisse de paramétrite, d'adhérences périannexielles ou de salpingites catarrhales, toutes ces lésions sont susceptibles de rentrer dans l'ordre : la fécondation peut avoir lieu. C'est à ce moment que l'on voit apparaître, d'une manière plus ou moins brutale, les accidents qui relèvent de la grossesse ectopique. La réunion de ces trois facteurs : l'âge, la parité, les antécédents gynécologiques nous amènent à considérer la salpingite comme l'affection la plus fréquente que nous ayons trouvée au niveau des organes génitaux. Cette lésion, presque toujours bilatérale, peut, par son étiologie propre, présenter des lésions de même importance, sinon au même

moment, du moins au cours de l'évolution, dans les deux trompes.

Si maintenant nous résumons les conditions exigées d'une pathogénie de la récidue, nous voyons l'importance qu'il faut attribuer aux lésions « acquises ». La bilatéralité habituelle, presque constante, des lésions salpingiennes, explique la possibilité de récidue dans la trompe opposée après la castration unilatérale.

Les lésions de salpingite peuvent s'amender, se développer ou disparaître. La maladie qui revêt une allure chronique, entrecoupée de poussées successives, explique une possibilité d'amélioration, permettant la grossesse normale, qui s'intercale entre deux poussées précédant les grossesses ectopiques ultérieures.

Les lésions de la muqueuse ne se manifestent pas toujours à l'extérieur par de la périsalpingite. Il nous est facile de comprendre que l'on puisse, à l'opération, considérer de telles annexes comme saines, alors que le microscope serait seul capable de nous donner des explications véridiques.

Une telle modification de la muqueuse tubaire suffit-elle pour provoquer l'arrêt de l'œuf et lui permettre de se développer ? N'est-il pas nécessaire de faire appel à plusieurs facteurs ? Il nous semble que deux causes sont nécessaires : l'aptitude de la muqueuse à l'incubation ; l'existence d'une cause qui empêche ou paralyse la marche de l'œuf dans l'oviducte. Une de ces deux causes ne suffit pas.

DIAGNOSTIC

Nous n'avons pas l'intention, dans ce court chapitre, d'énumérer brièvement une quantité plus ou moins abondante de signes, ni de résumer en quelques lignes les aspects cliniques principaux de la grossesse tubaire; nous désirons simplement attirer l'attention sur quelques points de la symptomatologie en rapport avec la récurrence.

Autant que l'on peut en juger par les observations, un intervalle de temps variable s'intercale entre les deux grossesses. La plupart du temps, cet intervalle est calme. La malade, après une première intervention, guérit et se rétablit; ses règles deviennent régulières, elle ne souffre pas. Rien d'anormal ne se passe jusqu'à la nouvelle alerte. Cet intervalle de temps, qui peut être porté jusqu'à cinq ou six ans, a vu, dans quelques cas, se développer et arriver à terme une grossesse normale. Sur les 65 cas de Varnier et Sens, 6 fois s'est produite une grossesse intercalaire, qui, 3 fois seulement, put arriver à terme.

La récurrence de la grossesse tubaire, bien que variable dans sa marche, selon la gravité de l'hémorragie et l'état du péritoine pelvien dans lequel elle va se développer, ne présente pas moins une physionomie particulière qui permet habituellement de la reconnaître. Les antécédents de la malade ont un grand intérêt. Une femme qui a eu, quelque temps auparavant, une grossesse extra-utérine confirmée par un acte opératoire, doit attirer l'attention du praticien qui l'examine à nouveau. Proust, au cours d'une leçon sur les grossesses tubaires, a exposé son point de vue : « Lorsque j'ai fait une intervention pour grossesse tubaire, quand la malade

quitte l'hôpital ou la maison de santé, j'ai l'habitude non pas de lui montrer les risques qu'elle court si elle fait une nouvelle grossesse — je ne m'en reconnais pas le droit — mais d'attirer son attention sur la nécessité qu'il y a pour elle, dès qu'elle croira à une nouvelle grossesse, de prévenir son médecin habituel qu'elle a déjà eu une grossesse tubaire. » Dans quelques-unes de nos observations, les malades elles-mêmes, soit par un souvenir fidèle des symptômes de la première grossesse, soit par une intuition personnelle, se sont présentées au médecin en insistant sur l'assurance d'une récurrence probable. S'il est bon, par un interrogatoire serré, de préciser les antécédents gynécologiques des malades que nous voyons, il ne faudrait tout de même rien accepter au pied de la lettre et contrôler par un examen clinique impartial les réponses et les suppositions.

Ceci, tout de même, amène un autre débat. La récurrence de la grossesse tubaire débiterait-elle comme la première ? C'est une idée déjà ancienne, puisque Varnier, en 1900, avait remarqué « la tendance de la part de la grossesse ectopique à évoluer suivant un type analogue à celui de la première grossesse ». Malheureusement, cette tendance est loin d'être constante. Si, dans quelques cas, l'évolution de la deuxième grossesse tubaire, par la ressemblance avec la symptomatologie de la première, a pu faire aux malades un diagnostic d'intuition, dans bien des cas de nos observations un diagnostic difficile n'a pu être porté que par l'intervention. Dans l'observation XVIII nous avons vu une récurrence de grossesse tubaire et une torsion de la trompe. Dans l'observation XIV la coexistence d'une grossesse utérine avec une grossesse extra-utérine rendait le diagnostic très incertain.

TRAITEMENT

L'indication du traitement chirurgical de la grossesse tubaire n'est plus discutée actuellement; il est reconnu par tous les chirurgiens que la grossesse extra-utérine, dûment diagnostiquée, suivant l'expression même de Pinard, doit être opérée. Le traitement de la grossesse tubaire récidivante est essentiellement chirurgical. D'ailleurs, cette thérapeutique a suivi l'évolution générale des lésions annexielles. Dans une première période précédant l'époque aseptique, l'expectative ou les interventions par voie vaginale sans ablation des annexes furent presque uniquement employées. Il est utile de faire remarquer la tendance conservatrice initiale dans le traitement de la grossesse extra-utérine en général, qui peut s'expliquer, soit par l'insuffisance ou le manque de techniques opératoires, plutôt que par un « conservatisme » véritable, tel qu'il se manifeste dans la chirurgie annexielle de nos jours. Scanzoni, à Leipzig, entre 1890 et 1899, publiait les résultats sur 119 cas de grossesse extra-utérine observés : 56 expectatives, 25 interventions par voie vaginale (sans ablation des annexes), 38 laparotomies (sans ablation des annexes). Avec les progrès de la chirurgie abdominale, et l'étude de la grossesse tubaire se précisant, la laparotomie est devenue le traitement classique, en permettant l'ablation de la trompe gravide en totalité, comme s'il s'agissait « d'une tumeur maligne ». Lawson Tait résume en quelques mots cette idée : « Laisser une trompe de Fallope à une femme victime d'une grossesse extra-utérine, c'est mettre en danger sans besoin sa vie pour l'avenir, si ce n'est pas criminel. »

Deux tendances contradictoires opposées se sont succédé dans le temps : une tendance conservatrice, où l'expectative tient une grande place, inspirée plus par la déficience des techniques opératoires que par le désir de ménager l'intégrité physiologique; une tendance radicale, motivée par le souci d'obtenir une guérison définitive et résignée aux sacrifices les plus étendus. Le débat, sans cesse rouvert, amène-t-il une conclusion définitive? Cependant, les progrès de la chirurgie gynécologique, arrivée, on peut l'écrire, à un point de perfection, la connaissance approfondie de la physiologie de l'ovaire, nous autorisent à envisager les méthodes conservatrices : laisser en place, avec l'utérus, un ovaire et une trompe saine, c'est maintenir la continuation de la fécondité. Un danger est à éviter; nous n'avons pas le droit d'être systématiquement « conservateur » ou systématiquement « radical ». Les deux méthodes ont des indications et des contre-indications générales, qu'il est utile d'exposer.

Dans son rapport au VIII^e Congrès de l'Association des gynécologues de Paris, 1933, M. le Professeur G. Massabau a précisé les directives de la chirurgie conservatrice. Le chirurgien, d'abord, doit étudier attentivement la malade et ses lésions, ainsi que les conditions générales dans lesquelles elle se trouve.

1° L'âge. — Il faut réserver les interventions conservatrices aux femmes jeunes, ayant encore devant elles quelques années de vie génitale active, c'est-à-dire à celles qui n'ont pas dépassé quarante ans. Certains estiment qu'on peut aller au delà et que la conservation est encore légitime au moment de la ménopause, ou même après; mais à ce moment ses inconvénients dépassent ses avantages.

2° *La situation familiale.* — On ne se résignerait qu'avec regret à une intervention radicale chez une jeune fille ou une jeune femme récemment mariée, alors qu'elle est plus facilement admise chez la mère. Il est bien souvent difficile, dans la pratique, de séparer la prophylaxie de la ménopause du souci de la fécondité.

3° *Sa situation sociale.* — Alors que, chez les malades aisées, qui peuvent prolonger le traitement postopératoire, on tend à élargir le champ de la conservation, il faut être bien souvent radical chez les femmes « que réclament et que distrairont de leurs troubles leur foyer ou leur métier ». Il faut évaluer leur capacité de travail selon que l'opération les aura ménopausées ou partiellement guéries.

4° *Son état général.* — Pas d'opérations complexes chez les femmes présentant une mauvaise résistance à l'intervention. On doit se méfier des suites, aussi bien de la castration que d'une conservation infidèle à ses promesses.

5° *Les lésions.* — Sans doute aucune réponse définitive ne peut être donnée à cette question avant la laparotomie. Mais, déjà, par l'appréciation exacte des signes physiques et des troubles fonctionnels, on doit se faire une opinion aussi bien sur les lésions elles-mêmes que sur l'atteinte infligée aux organes que l'on voudrait conserver, et, en particulier, à l'ovaire. En ce qui concerne la nature des lésions, on sera porté davantage vers la conservation, s'il s'agit d'une lésion non inflammatoire, et la grossesse extra-utérine entre parfaitement dans ce cadre. On serait plus volontiers radical si les lésions prédominent sur les annexes; plus l'ovaire sera lésé, moins les troubles consécutifs à la castration seront graves, moins il faut être conservateur.

6° *Consulter la malade.* — Ce qu'elle demande la plupart du temps, c'est l'assurance d'une guérison définitive (Imbert), ou bien elle exprime le désir qu'on lui laisse des chances de maternité. Il est nécessaire de l'instruire des troubles de la ménopause postopératoires, que bien souvent elle ne prévoit pas. Il faut éclairer, instruire, avertir des risques courus dans l'opération radicale et l'opération conservatrice de manière que si elle n'exprime pas une volonté, à avoir au moins son assentiment et celui de sa famille à l'intervention projetée, avant que « l'anesthésie ne nous laisse seuls avec notre conscience. » (Okinczyc).

En somme, il faut le redire, la décision du chirurgien de

pratiquer une conservation prophylactique vis-à-vis de la ménopause artificielle ne peut être prise avant l'intervention elle-même, tant que l'ouverture de la cavité abdominale ne lui a permis d'évaluer comparativement le degré des lésions à traiter et l'intégrité des organes à conserver.

La cavité abdominale ouverte, les lésions sous la main du chirurgien, alors interviennent les indications particulières. Si son enquête préalable l'y a encouragé et autorisé, il se propose de conserver le plus possible et de sauver la fécondité, la menstruation et la sécrétion interne de l'ovaire. Avec certitude, il évalue : la nature, la gravité, l'étendue des lésions et apprécie la valeur fonctionnelle de l'utérus et de l'ovaire, et la qualité des conditions dans lesquelles ils pourraient être conservés. Exactement renseigné et sagement dégagé de toute intention préconçue, il ne sacrifie successivement que ce qu'il est impossible de sauvegarder : la fécondité (qui exige la continuité et la quasi-intégrité tubo-utérine), la menstruation (qui impose la conservation de l'utérus et de l'ovaire), la sécrétion interne (qui ne paraît bien assurée que si un segment d'utérus est laissé avec un ovaire suffisant).

Quelle place devons-nous accorder aux méthodes radicales ? Puisqu'il faut faire preuve d'éclectisme, il nous est utile d'en connaître les indications. Sans anticiper, nous pouvons écrire que dans tous les cas où la gravité, l'urgence, se manifestent par des lésions de rupture et d'hémorragie abondante, les méthodes radicales deviennent le traitement d'élection.

Nous ne saurions mieux terminer ce paragraphe qu'en faisant remarquer que si les indications générales sont d'un grand prix pour le chirurgien, les indications particulières ne sont pas négligeables et pour chaque cas guideront sa main.

Avant d'aborder l'exposé des interventions chirurgicales en présence des cas de récidives de grossesse ectopique que nous trouvons dans la clinique, nous devons réserver un cha-

pitre non moins important aux deux généralités de nos opérations : le moment et la voie d'accès.

Pour le premier facteur, la conduite à tenir a été fixée dès 1898 par Segond, au Congrès de Marseille. Le premier, il a établi une division capitale : grossesse avant le cinquième mois, grossesse après le cinquième.

Avant le cinquième mois, une grossesse tubaire peut prendre deux aspects cliniques différents :

a) *Absence des accidents de rupture.* — Une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain; elle de grossesse ectonique n'est jamais sûre du lendemain; elle est exposée à la rupture tubaire qui peut déterminer une hémorragie foudroyante. Le fœtus est encore trop éloigné de la limite inférieure de la viabilité pour que l'on puisse attendre ce terme sans craindre des accidents : l'existence de la mère seule compte. Toute expectation doit être rejetée : on doit opérer le plus tôt possible.

b) *Présence des accidents de rupture.* — L'intervention est plus urgente que jamais.

Après le cinquième mois, les conditions diffèrent suivant que le fœtus est mort ou vivant.

a) *Le fœtus est vivant.* — Les conditions ne sont plus du tout les mêmes : les chances de rupture sont beaucoup moindres, chaque jour rapproche le fœtus de sa date de viabilité, et ceci peut entrer en cause. Si l'état de la mère est satisfaisant, on temporise jusqu'à ce que le fœtus soit viable, en maintenant la femme au repos et au lit. Il faut intervenir à la moindre menace de rupture; en pratique, on arrive au huitième mois.

b) *Le fœtus est mort.* — Il faut opérer sans attendre.

Si la voie abdominale a pu être discutée autrefois, il semble bien qu'elle s'impose aujourd'hui : elle donne plus de jour sur les régions intéressées, et permet d'agir directement sur l'annexe lésée, en offrant le maximum de sécurité. Les interventions par voie vaginale : les colpotomies, ne sont

plus guère utilisées que pour évacuer les vieilles hématoécès, sièges de processus infectieux.

Les grossesses tubaires occupent, en général, une position élevée dans le bassin; le siège de l'ectopie indique la voie abdominale. L'espace donné par l'ouverture abdominale permet infiniment mieux d'éviter l'hémorragie et supprime les manœuvres de traction et de déchirures. Les annexes sont facilement découvertes : les lésions connexes et les adhérences sont perceptibles et immédiatement abordables, la laparotomie demeure le seul traitement de la grossesse tubaire. Kustner, après avoir mis en évidence les avantages de la voie haute, a écrit : « En principe, il faut attaquer par en haut toute grossesse extra-utérine, même pendant les premiers mois; à des époques plus avancées, cela ressort de soi-même dès qu'il y a nécessité d'opérer. »

Ayant terminé l'étude des questions préliminaires se rattachant au traitement chirurgical, nous pouvons dès maintenant aborder le problème thérapeutique délicat que posent les récidives de grossesse tubaire. Nous venons de faire un diagnostic de grossesse tubaire chez une femme jeune nullipare ou mère de famille ayant subi une intervention unilatérale antérieurement, pour la même affection. Ce n'est pas de gaieté de cœur qu'on est résolu, par ce temps de maternité indésirée, à stériliser une femme qui désire ou pourra désirer des enfants : nous devons proposer à la malade un traitement conservateur. Une première possibilité entre en ligne de compte : enlever la grossesse tubaire, tout en laissant intacte la trompe ayant contenu l'œuf.

La proposition d'opérer la grossesse tubaire de façon à ne pas enlever la trompe, mais à énucléer l'œuf en analogie avec le curettage utérin, a été faite et exécutée par différents auteurs. Elle se base sur des observations cliniques particulièrement favorables, où la grossesse tubaire avait été expulsée complètement en une seule fois ou successivement, de sorte qu'il ne restait plus de fragments ovulaires dans la lumière de la trompe. Une trompe ainsi débarrassée entière-

ment de son contenu peut suivre une évolution normale et réparer les lésions faites pendant la grossesse, donc redevenir à peu de choses près, ce qu'elle était auparavant. M. R. Keller, au cours d'opérations, a observé l'un ou l'autre cas, a constaté aussi l'expulsion complète de l'œuf tubaire par une trompe d'apparence presque normale, mais légèrement augmentée de volume. Du pavillon un peu plus large, on pouvait faire sortir, à la pression, quelques gouttes de sang liquide; l'œuf se trouvait à proximité dans le Douglas entouré généralement de quelques caillots de sang. Certains auteurs, tel Muret (1893), ont préconisé l'expression des restes d'avortement tubaire, à travers le pavillon ouvert comme technique idéale; d'autres, depuis lors, Dossena et Tagliaferro, ont agi de la même façon. M. le Professeur Villard, de Lyon, rapporte deux opérations faites en 1926 qui furent des conservations totales de la trompe gravide, vidée par une véritable délivrance tubaire. Chez la première malade, la trompe gravide était fermée et distendue par une salpingite résiduale, et il ne pratiqua pas de salpingostomie par crainte d'infection; chez la seconde, la trompe droite avait été extirpée deux ans auparavant pour une première grossesse tubaire. Dans ces deux cas, l'œuf complet a été enlevé par de simples manœuvres de pression, et, après vérification de l'hémostase de la zone d'insertion, les trompes avaient été simplement remises en place. Les suites opératoires ont été très simples, mais à la condition de vérifier l'hémostase. Lebry et Montel signalent également qu'après tentative de délivrance artificielle de la trompe, la persistance de l'hémorragie les obligea à terminer par une résection partielle tubaire.

Dans des traités américains, et en particulier dans le *Manuel de gynécologie* de Polak, de New-York, une autre technique conservatrice sans ablation de la trompe gravide est proposée : elle consiste en l'incision du dos de la trompe et en son évacuation. Lebry et Montel, à Lyon, ont pratiqué, en 1926, deux délivrances tubaires par incision du dos de la

trompe gravisée dans deux cas de grossesse tubaire, dont une était récidivante, et je résume la dernière observation en quelques mots. Il s'agissait d'une malade de 29 ans ayant eu comme antécédents gynécologiques une fausse couche trois ans auparavant, et une grossesse tubaire droite deux ans auparavant, opérée d'urgence par ablation des annexes correspondantes; intervention actuelle pour grossesse tubaire gauche le 22 avril 1926 : inondation péritonéale, grossesse tubaire en voie de fissuration au niveau du ligament tubo-ovarien. On tente une opération conservatrice. En incisant et en agrandissant la fissure, on extrait l'œuf entier avec son placenta. La trompe est retournée en doigt de gant et après avoir vérifié minutieusement que le placenta a été enlevé en entier et que la lumière tubaire ne saigne pas, on rentre la trompe dans le pelvis après assèchement des caillots. Fermeture en trois plans. Pendant les trois premiers jours qui suivent, il existe un petit suintement hémorragique vaginal prouvant nettement la perméabilité tubaire. Les résultats immédiats de ces opérations conservatrices se sont montrés excellents, les suites simples; les malades sont sorties le quinzième jour environ; le danger hémorragique n'est jamais apparu.

M. R. Keller n'a jamais pratiqué encore aucune de ces interventions et fait remarquer que, d'après des faits observés par lui-même à la suite d'autres auteurs, la grossesse tubaire peut guérir spontanément sans intervention, réalisant en quelque sorte une délivrance tubaire spontanée. Après l'expulsion de l'œuf dans la cavité abdominale, de petits débris ovulaires restant accolés dans la lumière tubaire peuvent être éliminés ultérieurement ou donner lieu à la formation de petits polypes résorbés à la longue : un cas de ce genre a été observé. Dans d'autres cas, la rupture tubaire ne s'accompagne que d'une hémorragie intra-abdominale peu importante, et la guérison peut survenir spontanément. Dans ces cas, l'endroit de la rupture tubaire fera place à une petite cicatrice peu étendue avec dépression et

amincissement de la paroi tubaire; mais la continuité de la paroi sera de nouveau rétablie. D'autres inconvénients se présentent encore si on laisse la trompe en place : nous ne sommes pas sûrs de pouvoir enlever toutes les villosités chorionales ou cellules ectodermiques de l'intérieur de la trompe. Ces éléments, dont quelques-uns conservent parfois leur vitalité, peuvent donner lieu à de nouvelles hémorragies, par suite d'arrosion de vaisseaux, mettant de nouveau la vie de la femme en danger. De même, lorsqu'il s'agit de polypes qui n'arrivent pas à être éliminés spontanément et où le pédicule est fortement vascularisé, une hémorragie peut survenir tardivement. Le chorio-épithéliome de la trompe peut toujours encore survenir sur la base des cellules ectodermiques (Steinhäuser).

Cependant, que faut-il penser du fonctionnement ultérieur d'une trompe pareille? Pourra-t-elle encore, dans des conditions suffisamment normales, assurer l'acheminement normal de l'œuf fécondé vers la cavité utérine? Il est légitime d'en douter, au moins pour les cas où la cicatrice s'est faite à la suite d'une rupture tubaire, même si l'intégrité de la lumière s'est rétablie complètement. A la suite de leurs études expérimentales sur les lapines, H. Vignes et F. Boron ont démontré le pouvoir de régénération de la trompe saine sectionnée et réséquée. Leurs conclusions, portant sur l'examen de treize animaux, admettent que si, dans tous les cas, les fragments se sont soudés bout à bout, reconstituant l'intégrité de la paroi tubaire, la perméabilité, par contre, n'est pas encore dans la totalité des animaux d'expérimentation, entièrement apparue.

Une autre question plus angoissante encore se pose. Une trompe ayant hébergé une première fois un œuf fécondé n'est-elle pas indiquée pour une nouvelle récurrence? La cause primordiale de la nidation de l'œuf subsistera, et sommes-nous assurés de l'avenir ?

M. le Professeur Villard est d'un avis tout contraire et répond, avec optimisme, à la question précédente. Les opé-

rations conservatrices me paraissent justifiées, l'évolution d'un œuf fécondé dans la trompe constitue un accident transitoire pour celle-ci. La gravidité interrompue et l'œuf évacué, la trompe peut revenir à son état normal au même titre que l'utérus. Lorsque des lésions n'ont pas compromis la perméabilité de la trompe, il est rationnel et indiqué d'essayer de conserver, par délivrance tubaire, ou, à défaut, par résection partielle. Nous aimerions trouver les résultats éloignés des opérations conservatrices.

Lebry et Montel ont pu suivre leurs deux malades, et ils n'ont constaté ni récidives de grossesse tubaire, ni grossesses normales ultérieures chez des femmes en excellente santé. M. le Professeur Cotte est d'avis, en 1922, que dans un certain nombre de cas, peut-être même pourrait-on pousser plus loin la conservation, et, une fois le pelvis débarrassé des caillots, laisser en place la trompe gravide. Si l'avortement tubaire a été complet et que le pavillon reste perméable, il est probable que cette trompe, encore tuméfiée, reprendra un aspect normal et pourra à nouveau remplir ses fonctions. Cela n'est d'ailleurs qu'une simple vue de l'esprit, et je n'en veux pour preuve que l'observation d'une malade opérée il y a quelques années à la clinique de M. Pollosson par M. Patel, et chez laquelle la trompe gravide avait été laissée en place, tandis que la trompe du côté opposé avait été enlevée. Or, non seulement cette femme a eu, depuis cette époque, une grossesse normale, mais elle est encore venue récemment à la consultation de la Charité, avec des signes de grossesse. Je conclurai en insistant sur l'intérêt qu'il y a dans la grossesse tubaire à faire une chirurgie aussi conservatrice que possible. »

Après le long développement que nous avons accordé à ces deux points de vue, le moment est peut-être venu de montrer notre préférence. Toutefois, le choix en est difficile, puisque leurs auteurs eux-mêmes ont été obligés de paraître plus enclins à en rapprocher les divergences. En 1927, dans une communication à la Société de chirurgie de Lyon, M. le

Professeur Cotte a reconnu « qu'il était possible, à la rigueur, que les tentatives de conservation exposent davantage les malades à la récurrence. Du moins, il peut en être ainsi pour les cas où c'est dans la trompe elle-même que réside la cause de l'arrêt de migration de l'œuf. Si, au contraire, celui-ci a son origine dans un trouble d'évolution du corps jaune (l'auteur écrit ceci en conclusion d'une grossesse tubaire gauche opérée coexistant avec un kyste du corps jaune de l'ovaire correspondant), la conservation de la trompe ne fait courir aucun risque de plus à la malade. C'est à ce titre surtout que les considérations physiologiques qui précèdent nous paraissent intéressantes pour les chirurgiens ». Nous nous sommes suffisamment étendu sur la question de l'étiologie pour ne pas attacher une importance justifiée à cette phrase; mais lorsqu'on soulève des problèmes étiologiques, peut-on réunir les opinions?

Le débat doit être arrêté, et il est temps d'exprimer, sans ambages, le résultat de nos discussions. Avec Lebry et Montel, nous pensons qu'en principe, et lorsque la chirurgie conservatrice est indiquée et possible, on peut intervenir de la façon suivante: s'il s'agit d'un avortement abdominal fait, la trompe est conservable dans sa totalité, après simple évacuation des caillots et vérification de l'hémostase. Si l'œuf est encore dans la trompe, une grossesse ampulaire ou tubo-abdominale permet d'envisager la délivrance artificielle, par expression ou même par incision tubaire, avec réfection du pavillon par quelques points de suture. On a donné le nom de *salpingotomie* à cette intervention *sur la trompe*.

Cette première technique, il faut le reconnaître, était une méthode d'exception. En abordant les méthodes opératoires qui interviennent uniquement sur les annexes, tout en maintenant notre point de vue conservateur, on peut s'adresser à la salpingostomie.

*
* *

Jarsaillon a parfaitement classé et décrit les différents procédés de salpingostomie dans sa thèse (1899). On en distingue trois types : terminale, latérale, transversale :

a) *Salpingostomie terminale* (Martin ⁽¹⁾, de Berlin). — La partie renflée de la trompe est attirée le plus possible dans la plaie abdominale; elle est ouverte d'un coup de ciseaux, au voisinage de l'ostium oblitéré; le liquide est recueilli sur une compresse, la muqueuse tubaire est fixée au péritoine par quelques points de suture, de façon à produire l'éversion et la béance de l'orifice; cette suture suffit à assurer l'hémostase; on fixe l'orifice nouvellement créé au voisinage de l'ovaire.

b) *Salpingostomie latérale* (Skutsh) ⁽²⁾. — La trompe est incisée au niveau de l'ampoule et un petit segment de la paroi tubaire ayant été réséqué, l'hémostase et l'éversion de la muqueuse sont assurés par un surjet ourlant la muqueuse à la séreuse.

c) *Salpingostomie transversale* (Dudley) ⁽³⁾. — Il s'agit ici d'une résection partielle de la trompe. Dudley, en effet, après ablation du segment externe de la trompe, suture le nouvel orifice par des points isolés. Tous les chirurgiens qui depuis les inventeurs ont répété ces opérations se sont efforcés d'assurer la permanence de l'orifice du néo-pavillon, soit en éversant simplement la muqueuse, soit en retroussant en manchette un lambeau de la paroi tubaire, qu'on fixe, séreuse contre séreuse, à distance de l'orifice.

Ayrolles ⁽⁴⁾, dans sa thèse, a décrit une opération, inven-

(1) Martin, *Die Krankheiten der Eileiter*, 1888, p. 213.

(2) Skutsch, *Zeitsch. für Gynék.*, 1889, t. XIII, p. 563.

(3) Dudley, *Am. Journ. of obst. and dis. of wom. and child.*, 1898, t. XXXVIII, n° 1.

(4) Ayrolles, Thèse de Paris, 1898-1899, n° 256.

tée par Clado en 1899, qui apporte un complément à la salpingostomie. Elle consiste à étaler et à fixer le néo-orifice tubaire créé par la salpingostomie, et à l'y fixer par quelques points de suture.

Si nous nous reportons aux 26 observations que nous avons recueillies inédites et dans la littérature entre 1920 et 1923, il nous est facile de nous apercevoir que dans le traitement de la grossesse tubaire récidivante on n'a jamais tenté de faire une salpingostomie.

*
* *

Quelle est l'indication primordiale de la salpingostomie ? La salpingostomie apparaît, en effet, comme une opération qui s'impose surtout dans le traitement conservateur de la grossesse tubaire non rompue, et de l'hématosalpinx. Quelques auteurs l'ont tentée dans des cas de rupture; dans ces cas, elle n'est pas toujours possible. L'éclatement tubaire est tel où l'obturation, par des caillots sanguins, si définitive, que la restauration de la trompe ne peut être recommandée; elle n'aurait qu'un effet illusoire. Dans nos 26 observations, nous relevons 11 ruptures; c'est ce motif, sans doute, qui a guidé les divers chirurgiens dont nous publions les cas de récidence à ne pas pratiquer cette opération. La salpingostomie, qui nous semble compliquée dans sa technique, entre certaines mains, a pu donner cependant des résultats. M. le Professeur Cotte a pratiqué la salpingostomie dans le traitement conservateur de la grossesse tubaire.

M. Villard, dans une communication faite à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, en 1927, a publié deux cas de salpingostomie au cours d'interventions pour grossesses tubaires. « Ma première opération date du 26 mars 1914 chez une femme de 30 ans, présentant de graves lésions annexielles gauches nécessitant leur ablation; la trompe droite était gravide. Cette malade ayant manifesté le désir d'avoir des enfants, je pratiquai la résection du

pavillon tubaire au niveau duquel était inséré l'œuf, et je reconstituai un nouveau pavillon par fente de la lumière de la trompe, et évasement des bords de l'incision : la guérison fut simple; j'ai perdu la malade de vue, j'ignore si elle a eu une nouvelle grossesse. »

« Dans un deuxième cas, une femme de 27 ans, atteinte d'inondation péritonéale, par avortement tubaire, je fis une résection partielle de la trompe, après une tentative de conservation totale; l'autre trompe était fermée par des adhérences anciennes; je fis une salpingostomie. Les suites furent simples. »

G. Serdukoff a utilisé cette opération restauratrice des trompes dans le traitement de la stérilité. Après une préparation attentive des malades pendant quatorze à trente jours : diathermie, terpino - calcio - vaccinothérapie - ionisation, il opère sous anesthésie épidurale (stovaïne, tropocaïne, novocaïne) et décrit sa technique. La section des trompes, dans le but de la restauration de leur perméabilité, se fait le plus souvent à la partie moyenne, mais on la fait aussi sur n'importe quel segment de la trompe. Avant la péritonisation de l'orifice néoformé de la trompe, on pratiquait toujours le sondage à l'aide d'une petite sonde fine. La sonde pénètre librement à travers la trompe dans la cavité utérine et on laisse cette sonde en position jusqu'à ce qu'on ait suturé et péritonisé définitivement le nouvel orifice de la trompe. Si le moignon de trompe est assez long on attache avec un point de suture son orifice tout près de l'ovaire. Les suites opératoires, dans tous les cas, furent tout à fait régulières. Le corps utérin est en position normale, indolore, mobile. Dans un certain nombre de cas, vingt jours après la salpingostomie, on pratiqua l'insufflation de vérification et la métrosalpingographie : ces deux méthodes confirmèrent la perméabilité des trompes.

Serdukoff ajoute que, dans quelques cas, pour accroître les chances de gestation, il a dû pratiquer une opération complémentaire. L'adjonction à la salpingostomie du raccour-

cissement des ligaments ronds fut dictée par la nécessité, dans quelques cas, de créer des conditions normales de statique pour l'utérus, dans les cas où il y avait de nombreuses adhérences et un fonctionnement asymétrique de l'appareil ligamenteux.

*
**

Les résultats éloignés de la salpingostomie ne doivent pas nous échapper : ce sont eux qui fournissent des arguments aux adversaires de cette opération. Patel rapporte l'histoire d'une femme dont la trompe droite, fissurée à son pavillon sur une petite étendue, fut conservée grâce à une salpingostomie (la trompe gauche présentant des lésions de salpingite fut enlevée); cette femme fit une grossesse extra-utérine itérative dans la trompe conservée. Paucot, dans l'observation XIII, rapporte le cas d'une grossesse récidivante après salpingostomie. Duboucher, d'Alger, dans l'observation IX, a renoncé à faire une salpingostomie par crainte d'une troisième grossesse ectopique. J. Keller reproche à la salpingostomie d'être une nouvelle cause de la récurrence. D'autres auteurs sont moins catégoriques. M. Villard ne peut fournir aucun résultat éloigné; la perte de vue de ses malades en est la cause. G. Serdukoff, sur six malades traitées par salpingostomie pour stérilité, ne donne de résultats éloignés que pour trois cas. « Dans deux cas, la gestation survenue après salpingostomie unilatérale se termina par un accouchement normal. Dans un troisième cas, après tubectomie bilatérale, se développa une gestation extra-utérine, que j'ai opérée. Suivant mes statistiques personnelles, je n'ai pas constaté moins de 30 p. 100 de cas avec un résultat favorable. Le résultat est peut-être favorable dans un plus grand nombre de cas, mais nous n'avons pu les observer longtemps après l'intervention »

*
* *

Nous croyons utile de reproduire le tableau emprunté à Serdukoff pour nous donner une idée des résultats éloignés de la salpingostomie, d'après les résultats de dix auteurs :

Résultats de la salpingostomie.

	Nombre de cas	Nombre de gestations	% Succès.
1. Bullard.....	44	3	6,8
2. Cotte.....	3	0	0
3. Child.....	11	11	100
4. Kœnig.....	100	1	1
5. Louis.....	9	30	30
6. Martin.....	65	2	3
7. Matvevewa.....	5	5	100
8. Rils.....	20	3	15
9. Villard.....	25	4	10
10. Serdukoff.....	6	2	30
Total.....	288	61	21,2

OPERATION DE CHIRURGIE RESTAURATRICE DES TROMPES

L'implantation tubo-utérine peut être envisagée
après la salpingostomie.

IMPLANTATION TUBO-UTÉRINE.

La lecture du titre de ce chapitre pourrait peut-être donner l'impression que nous nous écartons de la question, et de prime abord il semblerait difficile que l'implantation tubo-utérine, intervention utilisée contre la stérilité, trouve une place dans le traitement de la grossesse tubaire récidivante. Il nous paraît nécessaire d'ouvrir une parenthèse, de reprendre l'historique de cette opération et de rechercher ses rapports avec la grossesse tubaire.

C'est un chirurgien américain, Watkins, qui, en 1899, imagina et pratiqua le premier cette intervention — qu'il a appelée salpingo-utéro-anastomose — chez une femme dont une annexe avait été extirpée auparavant pour pyosalpinx. Il découvrit, au cours de l'opération, une nodosité (adénomyome) de la portion isthmique, en fit l'ablation et implanta le reste de la trompe dans la cavité utérine. Cette anastomose resta perméable quelques mois; après, la malade eut un avortement. Ce travail resta dans l'oubli, lorsque, en 1920, deux Américains, Shaw et Cullen, reprirent la question. Ils essayèrent, avec succès d'ailleurs, cette intervention conservatrice sur une femme ayant eu une ablation unilatérale droite pour pyosalpinx, laparotomisée pour grossesse tubaire interstitielle gauche. Après section en coin de la corne utérine et extirpation de la partie interstitielle gravidé

et d'une fraction de la portion isthmique, les deux auteurs implantèrent un centimètre de trompe avec le pavillon, dans la corne ouverte. Le succès se confirme : premier accouchement prématuré à sept mois (fœtus mort-né); mais, par la suite, nouvelle grossesse en 1921 et accouchement en 1922 d'un enfant bien portant.

L'implantation tubo-utérine n'a pas été, à son origine, imaginée en vue du traitement des grossesses tubaires récidivantes, mais au cours de la lecture des lignes précédentes, nous avons pu remarquer que, dès le début, cette opération s'appliquait et réussissait chez des femmes ayant eu une castration unilatérale et rentrant dans le cadre des malades qui font l'objet de notre étude. Cependant, l'intervention ne devait plus rester dans l'oubli : Shaw et Cullen publièrent leur observation, et l'implantation tubo-utérine, à l'étranger d'abord, permit à quelques auteurs d'obtenir des résultats favorables dans le traitement de la stérilité tubaire. En 1926, l'implantation tubo-utérine est importée en France, et M. le Professeur Cotte, après avoir utilisé cette intervention dans trois cas de stérilité, dans sa communication sur l'étiologie et le traitement des grossesses tubaires, parue en 1927, rapporte l'observation de Pfeilsticker, qui venait de faire une implantation tubo-utérine comme intervention conservatrice chez une femme ayant une grossesse tubaire récidivante. Chez une femme de 32 ans, ayant eu au printemps 1923 une grossesse extra-utérine droite, avec ablation correspondante des annexes, les mêmes phénomènes (retard de règles, hémorragies) amènent Pfeilsticker à diagnostiquer une grossesse extra-utérine gauche et à intervenir. Après laparotomie, résection de la portion isthmique gravide de la trompe et implantation tubo-utérine. Quelques mois après, la malade a accouché d'un enfant bien portant. Dans une séance de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, en 1931, au cours d'une discussion à la fin de la lecture de la communication de M. G. Michel, J. Guibal et R. Rousseaux, sur 3 cas de grossesses extra-utérine itérative, M. Hamont a

rappelé un mode d'action qu'il a eu l'occasion d'appliquer plusieurs fois et qui paraît lui donner satisfaction... : « La trompe est rompue, vers son milieu par exemple, il reste un pavillon intact, avec une certaine longueur de trompe libre. Dans ce cas, — je l'ai fait à plusieurs reprises — il suffit de réséquer la corne utérine avec la zone rompue de la trompe restante, puis, à l'aide de deux fils qui seront passés, d'une part, dans la trompe restante, puis à travers la paroi utérine, invaginer la trompe dans la cavité ainsi ouverte et refermer soigneusement avec plusieurs points de catgut. Le pavillon conserve son rôle et peut venir recueillir l'ovule pour le conduire dans l'utérus; un certain nombre de résultats ont été publiés avec des grossesses comme résultats. » Nous avons recherché si d'autres auteurs avaient songé à utiliser l'implantation tubo-utérine dans les cas de récurrence de grossesse tubaire. Markoff a effleuré la question et cite l'observation de Pfeilsticker, mais il n'a pratiqué aucune implantation tubo-utérine personnelle et ne réunit qu'un compte rendu négatif, dans les sept ou huit auteurs dont il analyse les communications, en ce qui concerne la grossesse tubaire récidivante. Leveuf en 1931, Serdukoff en 1932, dans leurs publications respectives, ne considèrent l'implantation tubo-utérine que comme une technique opératoire du traitement de la stérilité. Dans son traité de chirurgie : *Tactique opératoire des annexes de l'utérus*, Monod range l'implantation tubo-utérine parmi les interventions conservatrices de la grossesse tubaire et, en quelques mots, résume l'opération : « Après résection de la trompe et résection cunéiforme de la corne utérine, un fil est passé dans le méso de la trompe sectionnée. Une aiguille piquant le fond de l'utérus, ressortant par l'orifice de la résection cunéiforme, charge l'un après l'autre chacun des deux chefs du fil. En nouant celui-ci, la trompe s'invagine d'elle-même. Il n'y a plus qu'à fermer l'orifice utérin par quelques fils. »

L'opération paraît assez simple, mais quelques questions de détail pourraient venir gêner le chirurgien qui l'exécute pour la première fois.

Quelle longueur accorder à la trompe implantée après la résection de la portion gravide pour compter sur un succès certain ? Markoff s'est préoccupé de ce premier point en se rapportant au cas de Cullen en 1921.

Chez cette malade, en effet, la longueur de la partie de la trompe restée libre avec le pavillon était égale à 1 centimètre, et, par conséquent, toute la longueur de la trompe implantée était environ de 3 à 4 centimètres. Comme nous l'avons dit, ce cas se termina par un succès complet, avec grossesse normale et couches à terme; mais dans tous les autres cas la longueur de la trompe implantée était plus grande que dans le cas de Cullen.

Prenant pour point de départ ce cas, Strassman, auquel se joint aussi Meyer, pense que pour l'implantation il suffit d'un reste de trompe de 4 centimètres de longueur. De ces 4 centimètres, environ 3 centimètres doivent traverser la paroi de l'utérus, l'autre rester libre. Wolkmann soutient cette même opinion en disant que pour l'implantation de la trompe il faut plusieurs centimètres de sa longueur, mais il insiste sur la nécessité de conserver le bout abdominal avec le pavillon intact, comme la partie la plus importante de la fonction du transport de l'ovule. Ce sont certainement des longueurs extrêmes, avec lesquelles on peut encore discuter la question de l'implantation des trompes; certainement il est préférable que le reste soit plus long, vu que ce reste est plus près de l'ovaire, et que la distance entre la trompe et l'ovaire, pour le passage de l'ovule, soit moindre. Puisque cette technique d'intervention sur les trompes nous présente un intérêt certain, nous ne pouvons passer sous silence quelques remarques de Markoff. Pour lui, l'implantation des trompes ne peut être pratiquée par une méthode opératoire strictement définie, et il donne comme exemple qu'après la section de la trompe en deux lèvres et la fixation à la surface antérieure et postérieure de la cavité de l'utérus incisé, près de l'angle tubaire, il dut renoncer à ce procédé dès la quatrième intervention, car les lèvres étaient si minces que le fil les coupa.

Heukk, lui aussi, a insisté dans ce sens : l'état des trompes, leur volume, l'épaisseur des parois varient chez les différentes femmes et doivent servir d'indications à l'application à telle ou telle autre méthode.

Par contre, Serdukoff est plus catégorique... L'implantation tubaire ne peut se faire qu'en introduisant l'extrémité de la trompe, sans la disséquer, derrière le mésentère. On pratique une incision de la corne, seulement dans les cas unilatéraux, et c'est la façon la plus favorable de préparer le lit de la trompe à planter. Il faut éviter tout perforateur, car la trompe est introduite sans contrôle de la vue, et dans la suite les granulations peuvent l'oblitérer. Quatorze à trente et un jours après l'intervention restauratrice, il est utile de contrôler les résultats par l'insufflation ou la métrosalpingographie.

Ces méthodes de contrôle peuvent exercer une influence favorable en détruisant les synéchies.

Si, dans les lignes qui précèdent, nous n'avons pu relever que deux tendances divergentes, il nous est permis, dans l'examen des contre-indications de l'implantation tubaire, de trouver un peu plus de communauté de vues. C'est une opinion que nous avons à maintes reprises remarquée chez nombre d'auteurs, se basant sur leur expérience personnelle, que les trompes atteintes d'hydrosalpingites ne doivent pas être implantées dans l'utérus. On doit proscrire toute intervention restauratrice lorsqu'on constate un processus inflammatoire infectieux en activité, l'épithélium des cils vibratiles change de forme, s'aplatit et perd ses qualités fonctionnelles, importantes pour absorber et transporter l'ovule. Si l'épithélium à cils vibratiles est conservé et peut encore absorber l'ovule, il existe alors le danger d'une nouvelle grossesse extra-utérine, comme cela a été observé dans le cas de Heukk. Une grossesse extra-utérine était survenue un an et demi après dans la trompe implantée et salpingectomisée. L'opération de l'implantation n'a pas un riche passé. Elle n'a reçu sa propagation que dans ces dernières années. Le matériel n'est

pas encore si grand pour qu'il puisse servir de base ferme pour des conclusions impératives.

*
* *

Nous ne voudrions pas clôturer ce chapitre en laissant dans l'ombre quelques contre-indications générales. Nous n'insistons pas plus longuement par crainte de redites, mais nous ne pouvons nous éviter de dire que toute atrophie nette de l'utérus, toute lésion destructrice des ovaires, ainsi que toute affection générale faisant craindre pour la santé des malades, constituent de formelles contre-indications de toute chirurgie conservatrice.

Les résultats nombreux et heureux que nous fournissent les statistiques nous permettraient de considérer l'implantation tubaire comme une opération satisfaisante dans ses suites éloignées lorsqu'il s'agit de la sauvegarde de la fécondité. Lorsqu'il s'agit du traitement de la grossesse tubaire récidivante, nous ne pourrions être plus réticent; les suites éloignées ont été bonnes dans les cas que nous avons constatés. Par contre, à l'exception de M. Hamont, peu de chirurgiens ont essayé d'une manière suivie l'implantation de la trompe dans le traitement des grossesses tubaires récidivantes. Nous ne sommes pas qualifié pour élever des critiques, mais il nous est tout de même permis de souhaiter voir l'implantation tubo-utérine sortir un peu plus fréquemment du cadre un peu restreint que les chirurgiens lui ont jusqu'à présent réservé.

SALPINGECTOMIE.

Nous ne pouvons ménager par suite de gravité et d'urgence la trompe gravide; il nous faut recourir à la salpingectomie.

Les opérations que nous avons étudiées dans les chapitres précédents demeurent cependant rares et ne sont souvent que des interventions exceptionnelles. La sensation du danger que court la malade ne permet même pas de les envi-

sager. Souvent aussi la lésion de la trompe est telle que tout traitement conservateur et tout essai de conservation deviennent impossibles. Dès lors, l'ablation tubaire reste seule à envisager; ablation, soit en bloc avec l'ovaire (castration unilatérale), soit par une intervention ménageant l'ovaire et plus limitée.

C'est de cette dernière intervention conservatrice dont nous voulons parler : elle est logique, puisque théoriquement l'ovaire est indemne, et ses résultats éloignés semblent nous donner satisfaction. On ne trouve guère dans les suites opératoires des dégénérescences kystiques ovariennes analogues à celles qui existent parfois après salpingectomie pour annexite. Ménageant l'irrigation ovarienne et n'impliquant aucune manœuvre brutale, le procédé de M. Villard — salpingectomie rétrograde sous-séreuse — permet de ne traumatiser qu'au minimum l'ovaire conservé.

Technique. — L'ovaire étant reconnu sain et la trompe seule malade, l'ablation de la trompe doit être conduite par voie rétrograde, de l'insertion utérine au pavillon : c'est le seul moyen d'opérer avec délicatesse et de triompher sans dégâts d'adhérences, même assez résistantes. Une pince de Kocher, placée sur la trompe, près de l'insertion utérine, on pratique une résection cunéiforme de la corne utérine. Une légère traction exercée sur la trompe permet d'isoler l'artère utérine avec le bout des ciseaux mousses, d'y placer une pince, de la couper. Avec les ciseaux, on poursuit la dissection de la trompe, en poussant au fur et à mesure les petits vaisseaux du méso-salpinx, et on amène ainsi sans difficultés la trompe, même adhérente à l'intestin ou au péritoine du Douglas. Les ciseaux agissent pour couper le ligament large, décoller du plat comme ferait une spatule les adhérences viscérales ou pariétales. La trompe enlevée, on suture la corne utérine à l'aide d'un point en U. Les pinces sont remplacées par des ligatures. Ainsi, l'utérine se trouve liée isolément, ce qui vaut mieux que de la prendre en masse avec la trompe. On mène ensuite, de droite à gauche, un

surjet sur les deux tranches péritonéales du ligament large. Sobre Casas enlève la trompe jusqu'à la corne sans lier son moignon : au contact, est appliqué l'ovaire, enfoui sous le ligament rond et sous le ligament large, suturé au ligament opposé, derrière l'utérus.

L'ovaire conservé peut être un ovaire entier ou un fragment d'ovaire; une minime quantité suffit (volumé d'une cerise, d'un pois, un dixième de l'ovaire total), pourvu que la qualité du stroma soit bonne. Le fragment conservé est le résultat d'une résection — résection en tranche d'orange à crête hilaire, suivant la technique de Walter ou décortication avec conservation d'une bande corticale — d'une énucléation après clivage des parties malades (Houdard). Cotte, Le Cacheux, ajoutent une greffe épiploïque intraovarienne. On peut encore traiter les portions kystiques par l'ignipuncture (une seule ponction ignée permettant d'atteindre tous les kystes comme le faisait Walter), l'ignipuncture étant faite après ovariectomie exploratrice, comme le faisait G. De Rouville : la surface était criblée par autant de pointes de feu qu'il y a de kystes. Après énucléation, évidemment, résection ou ignipuncture, la ou les cavités ouvertes dans l'ovaire sont effacées par suture, et un surjet reconstitue la continuité de la surface.

Si l'ovaire n'est pas conservé *in situ*, il peut être greffé. Greffe *in utero* étudiée plus loin par les différents procédés d'Estes; Petit, Tuffier, Serdukoff, soit greffe hors de l'utérus. Les anastomoses vasculaires autrefois pratiquées par Mauclore étant abandonnées : Nonis et Betney, Siébert, Gaudier, Meyer, greffent dans les muscles grands droits; Dziembowsky, dans le tissu cellulaire prépéritonéal; Douay, Hamont, Rouhier, Le Lorier, dans la grande lèvre; Mauclore, Cotte, Lebry, dans l'épiploon; Gaudier, dans le ligament large. Le greffon libre est enveloppé de toutes parts dans une loge préparée avec hémostase rigoureuse.

L'ablation de la trompe gravige constitue évidemment le procédé le plus logique et le plus employé, parce que ce

procédé s'attaque au mal lui-même, l'effet disparaît avec la cause. Dans son but, cette opération est nettement radicale; le maintien de l'ovaire en place, ou la transplantation de cet organe sous forme de greffes, lui apportent des résultats de la chirurgie conservatrice.

Cette opération doit avoir des suites éloignées satisfaisantes, puisqu'elle apparaît dans la pratique courante.

Cependant, quelques réserves sont parfois signalées. Nous avons précisé la technique opératoire, qui implique la résection de la trompe grâce à une brèche cunéiforme dans la corne utérine. Dans quelques cas, lors d'une rupture d'une grossesse de petite dimension, et généralement isthmique, on avait pu pratiquer une excision cunéiforme de l'endroit de la rupture, en laissant un moignon vers la corne utérine. Cette façon de procéder comporte de réels désavantages, elle expose la malade à une nouvelle nidation d'un œuf ectopique dans la portion d'une trompe mal réséquée.

Quelques cas de récidives de grossesse ectopique dans des moignons tubaires ont été publiés dans la littérature. Mais plus intéressant est l'avenir des organes conservés suivant que la salpingectomie a été suivie d'une résection ovarienne ou d'une transplantation par greffe de l'ovaire conservé.

Après salpingectomie dans les cas de grossesses tubaires récidivantes, la salpingectomie est bilatérale. Villard a pu constater que la structure de l'ovaire (follicules, corps jaune, glandes interstitielles, étaient normaux). La physiologie de l'organe a donné des résultats dans les mains de certains auteurs : Sobre Casas a eu 14 grossesses à terme sur 115 cas. Quelques cas isolés de grossesse sont signalés par d'autres auteurs. La plupart d'entre eux observent la persistance de la menstruation chez leurs opérées avec des troubles de la ménopause absents en général, ou légers dans quelques cas. La dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire n'a pas été signalée.

Après résection ou ignipuncture de l'ovaire, l'ovaire réséqué répare généralement sa perte de substance par une cica-

trice, grossit jusqu'à atteindre le volume d'un ovaire normal : histologiquement, le tissu ovarien est en activité. Après ignipuncture, des cicatrices fibreuses s'étendent, l'ovaire augmente de volume. Le fécondation varie d'après les auteurs; 25 p. 100, d'après Pozzi et Welther, des malades seraient susceptibles de concevoir. Après ignipuncture, Welther fournit les mêmes résultats. La plupart des statistiques ne mentionnent pas les troubles de la ménopause, mais on peut estimer qu'ils manquent chaque fois que la menstruation existe. En outre, après résection, une transformation kystique du moignon de l'ovaire peut se produire. Après ignipuncture, on voit plutôt une exagération de la dégénérescence scléreuse, des poussées inflammatoires et des troubles fonctionnels, consistant surtout en métrorragies. Après la greffe, l'ovaire, transplanté sous la peau, présente longtemps encore une structure normale (follicules, kystes folliculaires, corps jaune) et des signes de vitalité de ses tissus. Mauclaire constate, après huit ans, l'activité d'un greffon intraépiloïque. Dans ces cas, les règles constamment conservées chez certaines malades peuvent être absentes chez quelques-unes, après greffes dans ligament large ou dans le tissu cellulaire préperitonéal. Les troubles de la ménopause paraissent évités dans la plupart des cas. La pathologie des greffes se résume en nécrose ou en dégénérescence kystique sans complications.

A la suite de la salpingectomie, une opération complémentaire peut trouver place : l'appendicectomie. Cette nouvelle intervention ne se pose pas dans les conditions habituelles de l'inondation péritonéale. On ne saurait l'envisager que dans les cas particuliers, où il y aurait coexistence d'appendicite aiguë et de grossesse extra-utérine compliquée. Témoin rapporte, en effet, l'histoire d'une malade qui avait fait une grossesse tubaire droite rompue et un appendice adhérent à la poche et en voie de sphacèle.

Mais il n'est plus guère admis aujourd'hui d'enlever les annexes en laissant l'utérus; cet organe, pour bien des au-

teurs, apparaît comme inutile, et souvent aussi comme nuisible. Le dogme de l'inutilité utérine, lorsque les trompes sont sacrifiées, n'est pas cependant universellement accepté. L'hystérectomie n'est formellement indiquée que si l'utérus est lui-même trop malade pour qu'on puisse espérer, après salpingectomie bilatérale, une régression spontanée des lésions utérines. Ici encore, il n'est pas indifférent que le chirurgien, au moment de prendre la décision opératoire, ait présent à la mémoire l'état de cet utérus examiné avant l'opération. Dans certains cas, l'hystérectomie facilite l'ablation des annexes; mais alors il est toujours assez malade pour que personne ne songe à le conserver.

TRANSPLANTATION DE L'OVAIRE DANS L'UTÉRUS.

Puisque nous n'avons pu garder que l'utérus, il nous est peut-être encore possible de continuer dans la voie du traitement conservateur, sans les trompes.

La transplantation de l'ovaire dans l'utérus fut réalisée la première fois par Palmer Dudley, en 1899, qui pratiqua cette opération chez neuf malades. L'ovaire était transplanté dans la cavité, au niveau de la corne utérine, sans ligaments; puis la méthode fut modifiée : l'ovaire était transplanté dans la corne utérine, sans section des ligaments. Plus tard, furent publiées les observations de Tuffier (29 cas), et celles de Estes (100 cas) de transplantation de l'ovaire dans l'utérus. Henri Hartmann (1925), dans son article sur l'implantation de l'ovaire dans l'utérus, compulsant les résultats éloignés des observations de Tuffier et celles de Estes, trouve 10 p. 100 de cas où il y eut gestation arrivant à terme. Henri Hartmann approuve cette opération, étant donné qu'elle ne supprime point les menstruations, constitue des conditions favorisant la gestation et pouvant même permettre des gestations répétées. Une condition importante à souligner dans la technique de ces deux auteurs, c'est la conservation du ligament propre de l'ovaire. A la paroi postérieure de l'uté-

rus, on pratique une incision et on introduit dans la cavité utérine l'extrémité distale de l'ovaire. L'ovaire y est fixé, par une suture ou deux, à la muqueuse, et puis, par une série de sutures, à la paroi. La péritonisation est obtenue par la fixation au-dessus de l'ovaire du ligament rond et d'une partie du ligament large. Estes a quelque peu modifié la méthode: il sectionnait la corne utérine, y fixant le pôle de l'ovaire, qu'il sectionnait aussi. Dans les complications ultérieures, il faut mentionner : dans un cas, une hématocele au niveau du Douglas ayant exigé l'incision du cul-de-sac; dans un autre cas, au bout de neuf mois, il y eut une occlusion intestinale aiguë; lors de la laparotomie, on fut obligé de pratiquer l'extirpation de l'utérus; dans sa cavité, on trouva l'ovaire contenant un corps jaune. Letulle a examiné les ovaires après la transplantation dans l'utérus, et il a pu constater la présence d'ovulation. Les fonctions menstruelles, chez les femmes opérées suivant cette méthode, étaient presque normales, sauf une certaine tendance à la ménorrhagie.

En 1926, G. Serdukoff a rapporté deux cas de transplantations des ovaires dans l'utérus et a indiqué quelques points importants de sa technique. Serdukoff trouve inutile de pratiquer la péritonisation de la partie de l'ovaire qui reste dans la cavité péritonéale, mais « l'ovaire doit être appliqué avec précision, enfoncé d'une façon spéciale dans la cavité utérine, sans collaboration de tissus étrangers (tels le ligament rond, le ligament large, l'épiploon, le péritoine); je vois aussi des indications importantes contre l'application de la péritonisation, du fait que cette dernière crée des conditions défavorables pour l'équilibre et l'activité de cette glande, dérangeant la régularité et le rythme des processus d'ovulation. En plus, la péritonisation peut être l'origine de douleurs survenant au niveau des ovaires transplantés. Je trouve rationnel la transplantation des ovaires dans la région des cornes utérines; en cet endroit, la vascularisation est plus intense; la surface postérieure de l'utérus, où Tuffier et Estes pratiquaient leur transplantation, est moins bien vascularisée. »

En dehors des observations cliniques et chirurgicales, il existe encore toute une série d'expériences. Lissiansky (1907) a pratiqué 19 transplantations d'ovaires dans l'utérus chez des chiennes. Les résultats de ces expériences ont montré que, rapidement après l'opération de la transplantation des ovaires dans l'utérus, les chiennes avaient un rut normal. L'examen anatomo-pathologique a démontré que les ovaires étaient à l'état normal; dans un cas, on a pu constater un corps jaune vrai.

Krouspy (1921) pratiqua 39 transplantations d'ovaires dans la cavité utérine chez des lapines. Dans 20 p. 100 des cas, il y eut gestation. Les ovaires étaient le plus souvent implantés avec conservation de leur pédicule vasculaire; dans quelques cas seulement, la transplantation libre fut appliquée. Chez les lapines, la gestation survint au bout de deux à six mois. L'auteur donne la conclusion principale suivante : la gestation peut survenir en l'absence des trompes utérines, si l'ovaire s'implante dans la cavité utérine, de telle sorte que les œufs murs, lors de la rupture du follicule, puissent directement tomber dans la cavité utérine. Il en résulte une gestation qui, chez les lapines, atteint son terme normal et se termine par l'accouchement.

D'autres auteurs, Bondy, Neurath, Benesch, Kohler, etc., ont fait des expériences sur divers autres animaux, avec des résultats variables.

Toutes ces données permettent de considérer l'opération de l'autoplastie ovarienne, la transplantation des ovaires dans l'utérus, comme une intervention répondant au but désiré de reconstituer la fonction génératrice quand les trompes sont absentes.

Nous ne devons pas envisager seulement les travaux de ceux qui se montrent les partisans de cette opération; nous devons aussi laisser une place aux arguments des adversaires. Fraenkel, Menge, Halban, font remarquer : 1° que le résultat positif est rare; 2° qu'il y a apparition de douleurs postopératoires par suite du coincement de l'ovaire, qui glisse incom-

plètement en dehors de l'utérus; 3° qu'il y a souvent des troubles de la menstruation : dysménorrhée, ménorragies, dépendant de la présence anormale de l'ovaire dans la cavité utérine; 4° il y a des dangers possibles au cours des accouchements ultérieurs; 5° que les rapports entre l'utérus et l'ovaire sont contraires à la physiologie normale; 6° qu'il peut y avoir avortement et que le curettage où est implanté un ovaire est dangereux.

Serdukoff pense que, malgré le fait que certains des inconvénients que nous venons d'énumérer se voient dans la pratique, on ne peut considérer cette opération comme ne répondant pas à son but. Elle facilite, rend possible la gestation dans 10 ou 15 p. 100 des cas, là où la stérilité semblait définitive. Les douleurs, le glissement de l'ovaire en dehors de la cavité utérine, la formation d'une fistule utérine, la mortification du polype ovarien, l'aménorrhée, résultant de l'atrophie de l'ovaire, résultant aussi du coincement, n'arrivent que si la technique n'est pas parfaite et si la malade n'est pas préparée. Quant à la possibilité de rupture utérine, elle peut être évitée par la pratique de la césarienne. Pour éviter le traumatisme d'un tel polype ovarien, on doit délivrer, à chacune de ces femmes, un certificat spécial détaillé, où est indiqué l'opération et la topographie précise de l'ovaire implanté. « Dans ma clinique, lors du contrôle métro-salpingographique à la suite de l'opération de l'implantation de l'ovaire, nous avons pu préciser la localisation de l'ovaire dans la cavité utérine; nous joignons un tel roentgenogramme au certificat que nous délivrons à la malade opérée par nous. Ces mesures diminuent la possibilité des complications ultérieures. Je crois nécessaire d'indiquer que la contre-indication formelle à la transplantation est la présence de processus inflammatoires au niveau de l'utérus ou d'un état de dégénérescence marquée des ovaires. »

Serdukoff ajoute : « J'emploie la transplantation depuis sept ans; j'ai perfectionné la technique de la transplantation de l'ovaire dans l'utérus; j'ai proposé ma méthode, que je

considère comme donnant le plus de chance de gestation, dans laquelle je vois des considérations améliorées de la position physiologique de l'ovaire transplanté dans l'utérus, ses deux fonctions principales, l'endocrine et la générative, étant conservées. Ma méthode est la suivante : on enlève l'une ou les deux trompes s'il y a nécessité absolue pour cela, telle que la présence d'un hydrosalpinx, d'une gestation ectopique, etc. La trompe est enlevée avec un grand lambeau de corne utérine. On sectionne, avec un bistouri tranchant, l'ovaire qui paraît le plus sain jusqu'au mésovarium, sans cependant léser ce dernier; la surface des deux incisions est recouverte d'une suture, pour éviter les hémorragies et la possibilité des adhérences. Après cette manipulation, nous obtenons deux glandes à la place d'une seule. Chacune de ces glandes est bien assurée pour ce qui est de sa circulation sanguine, de sa nutrition. La moitié que l'on introduit dans la cavité utérine reçoit son sang de l'artère ovarienne, par le ligament ovarien propre, et l'autre par le ligament infundibulo-pelvien, où par l'artère.

» Le quatrième temps est celui où l'on tourne l'ovaire et on l'introduit dans la cavité utérine, de façon à l'y plonger complètement. Ceci se réalise sans aucune difficulté si le lambeau enlevé à la corne utérine fut suffisant. La dernière étape est celle de la suture de la paroi utérine avec une suture à un étage, à nœuds, sans atteindre le tissu de l'ovaire, le ligament propre de l'ovaire. Il va de soi que le mésovarium sur le ligament large est suturé avec du catgut fin.

» Le fondement logique de cette opération est net : 1° lorsqu'il n'y a qu'un ovaire, nous en laissons la moitié intacte en tant que glande endocrine, car l'ovaire transplanté peut, dans certains cas, s'atrophier, se nécroser, etc.; 2° la conservation de la nutrition et de la circulation est identique pour les deux moitiés; 3° la méthode est simple par sa technique. Sur 10 cas opérés, nous n'avons jamais eu aucune difficulté. L'ovaire n'a jamais glissé de la cavité utérine, il n'y a jamais eu d'autres complications postopératoires.

» Les indications de cette intervention recommandée par moi furent les suivantes : dans 2 cas, il y avait gestation ectopique répétée avec perte des deux trompes; dans 8 autres cas, dans les antécédents, on notait la présence de pyohydrosalpinx ayant nécessité des salpingectomies antérieures et des salpingo-ophorectomies, qui privèrent les malades de leurs trompes.

» Les résultats éloignés furent parfaits. L'état général est bon, pas de douleurs, position normale de l'utérus, qui est mobile dans les limites physiologiques normales. Dans 8 cas, le rythme des menstruations est régulier; dans 2 cas, seulement, les deux premières menstruations après l'opération prennent le caractère des ménorragies, du reste rapidement terminées.

» Pour ce qui est des résultats éloignés de l'opération au point de vue de la gestation, il serait encore prématuré d'en parler. »

Serdukoff, dans ses conclusions, ne peut rappeler que : « la vaste expérimentation clinique donne une moyenne de 10 à 15 p. 100 de résultats réels ». Nous aurions aimé trouver des résultats personnels à la suite de son étude. Mais après greffe *in utero* pédiculée : 1 enfant vivant; après 2 opérations de R. Petit (et 2 avortements), après 27 opérations de Estes (15 p. 100 de grossesses), 1 grossesse observée par Stores (1 opération), Marion Douglas (3 opérations), Paolik (5 opérations) : au total 15 p. 100 de grossesses. La menstruation est présente chez toutes les opérées de Tuffier, de Estes et de Serdukoff.

Dubouché, à la fin de son observation sur un cas de grossesse tubaire récidivante, conclut, après intervention où il n'a pu faire une opération de chirurgie conservatrice ménageant la fécondité : « Quand la restauration tubaire est impossible, seule la transplantation intra-utérine des ovaires conserve la possibilité de la grossesse. Cette intervention reste possible, même tardivement, quand la femme qui a refusé d'abord la salpingostomie restauratrice, ou qui l'a

subie sans succès, désire tenter toutes les chances de maternité. »

Chez une femme jeune ayant eu une ou plusieurs maternités, chez qui la nécessité de l'exérèse de l'utérus (infection, état polyfibromateux) s'ajoute à l'extirpation de l'annexe par suite d'urgence et de gravité, chez une multipare dont l'état de l'utérus (infection, état polyfibromateux) attire l'attention du chirurgien, il convient de procéder à une exérèse de l'utérus et de l'annexe. L'exérèse portant sur l'utérus et l'annexe consiste dans la salpingectomie avec exérèse totale ou partielle de l'utérus, c'est-à-dire dans la conservation d'un ovaire avec ou sans fragment de l'utérus. Deux techniques sont à envisager :

1° Salpingectomie et hystérectomie;

2° Salpingectomie et exérèse conservatrice de l'utérus.

1° La salpingectomie et l'hystérectomie comportent la conservation isolée de l'ovaire.

Technique : L'utérus est enlevé soit en totalité (hystérectomie totale), soit en presque totalité (hystérectomie sub-totale basse) : La trompe est enlevée avec l'utérus. L'ovaire, entier, réséqué ou traité par ignipuncture, peut-être simplement laissé en place, avec conservation du pédicule utéro-ovarien. Il peut être transplanté par greffe dans le moignon du col utérus conservé, dans le tissu cellulaire prépéritonéal, dans le muscle grand droit par l'introduction dans le muscle dissocié après ouverture et fermeture de la gaine, dans le tissu cellulaire de la grande lèvre par l'extrémité de l'incision en tunnellisant la grande lèvre selon le procédé de M. le Professeur Guyot (Les greffes ovariennes, *Journ. de méd. de Bordeaux*). Après prélèvement et pendant la suite de l'intervention, avant la greffe proprement dite, l'ovaire est conservé dans le Douglas, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'incision abdominale, soit dans une compresse imbibée de sérum. Trois conditions doivent être réalisées : aseptie, hémostase rigoureuse, minimum de trau-

matismes. L'avenir des malades varie suivant que l'ovaire est conservé *in situ* ou sous forme de greffes: La menstruation, la fécondation, à l'exception d'un cas de grossesse abdominale rapportée par Jacques, sont absentes. Les troubles de la ménopause paraissent, pour la plupart des auteurs, aussi fréquents qu'après la castration complète; quelques-uns, cependant, pensent que dans quelques cas ces accidents peuvent être quelque peu diminués. Dans un avenir plus ou moins éloigné, on a pu relever la dégénérescence kystique, la dégénérescence néoplasique et quelques poussées inflammatoires.

Après la greffe de l'ovaire, on a pu constater l'accroissement du greffon sous-cutané; après atrophie momentanée, il peut augmenter de volume, sous l'action d'injections opothérapiques ovariennes, comme l'a démontré M. le Professeur G. Jeanneney ou sous l'action d'injections intramusculaires de lobe antérieur d'hypophyse, comme l'a constaté M. le Docteur Courriades tout d'abord dans 3 observations de malades ayant subi une greffe dans le service de M. le Professeur J. Guyot, et dans la suite au cours d'une expérimentation personnelle sur des lapines impubères (*Journ. de méd. de Bordeaux*, nov. 1933). Buillard et Douay ont examiné un greffon, qui, histologiquement, était en pleine activité et dont le fonctionnement biologique a été démontré par la détermination de l'œstrus chez des souris impubères par injection de liquide prélevé dans les kystes du greffon. La fécondation et la menstruation n'existent plus. Les troubles de la ménopause, qui apparaissent parfois après l'opération, régressent, sont réduits au minimum ou disparaissent dans les trois mois. Ces greffes, dans leur grande majorité, s'accompagnent de tolérance parfaite, sans hémorragies, sans élimination.

2° Salpingectomie et exérèse conservatrice de l'utérus.

Il s'agit de la conservation de l'ovaire avec une partie du corps utérin.

Technique : En ce qui concerne l'utérus, il peut être indiqué soit une hystérectomie subtotale haute, soit une hystérectomie fundique.

L'hystérectomie subtotala haute ménage et conserve la totalité du col et un fragment du corps utérin, 1 ou 2 centimètres avec sa muqueuse et celle du col.

L'hystérectomie fundique, technique de Beuttner, consiste en une hémisection de la tranche utérine avec attaque des lésions : fond utérin, corne, trompe, ovaire de dedans en dehors avec suppression de la trompe. La technique de Leucène et d'Allaines en diffère légèrement : du côté le moins lésé, résection de la trompe au ras, hémostase en ménageant le pédicule ovarien supérieur; de l'autre côté, annexectomie, pincement des utérines et section du corps au même niveau, à 3 centimètres au-dessus de l'isthme; on termine par la suture de la tranche utérine et par la péritonisation avec le péritoine vésical. L'ovaire peut être encore conservé ou réduit par résection ou ignipuncture. Il peut être conservé *in situ*, ce qui ne serait pas toujours possible. Il peut être transplanté par greffe libre, soit dans l'utérus, soit dans la paroi abdominale, soit dans la grande lèvre. Le comportement de l'ovaire et de l'utérus doit être envisagé suivant que la conservation a été faite *in situ* ou par greffe et suivant que la résection a été une hystérectomie subtotala haute ou une hystérectomie fundique vraie.

On a tenté de justifier la persistance des règles observées et l'absence relative des troubles de la ménopause par différentes hypothèses : existence de lésions hémorragiques (Vignes), menstruation sans ovaire, et suppléance endocrinienne de Pozzi ou par l'existence d'ovaires surnuméraires, ou par la persistance, après hystéro-ovaro-salpingectomies laborieuses de débris ovariens.

Pour Abadie, les aléas de cette intervention et nos connaissances encore incertaines sur la physiologie de l'utérus rendent l'indication discutable. De toute manière, ce n'est qu'en apparence qu'elle s'oppose au principe posé, dont elle est même une confirmation détournée : la prophylaxie des troubles de la ménopause exige la conservation du tissu ovarien.

Quelles sont donc les conditions de la conservation utile de l'ovaire? Deux, qui concernent sa qualité anatomique et la qualité fonctionnelle.

Conditions de la qualité anatomique de l'ovaire conservé.
— L'ovaire conservé doit être sain. La capacité fonctionnelle d'un ovaire profondément altéré est inexistante; ses lésions continueront à évoluer. Il ne faut donc pas conserver l'ovaire fonctionnellement détruit. Il faut, sur un ovaire partiellement malade, conserver seulement les parties saines de l'organe: après incision ou destruction des lésions. L'ovaire conservé doit être viable, et c'est essentiellement sa vascularisation qu'il faut assurer. Les connexions nerveuses peuvent être supprimées, sans nuire à la fonction endocrine; l'excitation de l'activité ovarienne se fait surtout par voie sanguine (Mlle Bizou).

1° *Ovaire conservé « in situ ».* — Beaucoup d'échecs des opérations conservatrices sont attribués à des altérations profondes ou à la mauvaise nutrition de l'organe. Si l'irrigation de cet organe se fait par les deux artères utéro-ovarienne et utérine, c'est à cette dernière que revient, pour la majorité des anatomistes, le rôle principal. La branche ovarique de l'artère utérine est le vaisseau essentiel qui se distribue à la plus grande partie de la glande; les branches de l'artère ovarienne ou spermatique interne, n'irriguent que le pôle tubaire et la face supérieure de l'ovaire (Rieffel). Il est donc capital de ménager l'arcade tubo-ovarienne. Diverses techniques ont été proposées pour respecter entièrement le tronc et la branche terminale ovarienne de l'utérine.

a) *Après conservation de l'ovaire « in situ ».* — On a constaté la restitution *ad integrum* de l'utérus, mais il est diminué de volume et privé de ses trompes après une hystérectomie fundique.

La fécondation ne peut être envisagée. La menstruation après hystérectomie subtotale haute se maintient chez quelques opérées, la plupart ont des règles habituellement peu abondantes. Après hystérectomie fundique, les règles appa-

raissent deux à six semaines après l'opération et sont le plus souvent de faible abondance. Après les deux interventions sur l'utérus, les troubles de la ménopause chirurgicale n'apparaissent pas chez la majorité des opérées; lorsqu'ils apparaissent, ils ne sont représentés que par quelques troubles légers.

Dans les suites éloignées, on peut envisager une réintervention possible pour dégénérescence kystique de l'ovaire conservé.

b) *Après greffe de l'ovaire conservé.* — Boua, après quatre greffes *in utero*, aurait constaté une grossesse terminée par avortement. Ce résultat, tout à fait exceptionnel, ne nous retiendra pas. Lorsque nous nous résolvons à pratiquer une hystérectomie à une femme qui est opérée pour grossesse tubaire récidivante, c'est que nous avons abandonné toute idée de lui laisser tout espoir de maternité. Les greffes maintiennent en général la menstruation, et les troubles de la ménopause n'apparaissent qu'assez rarement.

Si l'on veut éviter les troubles de la ménopause postopératoire, l'organe essentiel qu'il faut conserver est l'ovaire dont l'action directe ou indirecte règle toute la physiologie génitale de la femme. On peut établir, en principe, qu'il n'y a pas de chirurgie conservatrice en gynécologie, sans conservation de l'ovaire.

A ce principe paraissent s'opposer les résultats obtenus par la conservation de l'utérus seul, après castration bilatérale : persistance possible des règles, absence fréquente des troubles de la ménopause. Villard, Cotte, Mayer et Abadie sont partisans de cette opération, dont les avantages seraient, outre l'atténuation des troubles de la castration, la persistance d'une intégrité somatique relative et la préservation de la statique pelvienne. G. de Rouville, Mocquot, Hartmann, le considèrent comme sans bénéfice, mais non sans risque, parce qu'elle comporte la conservation d'un utérus malade soit par infection, soit par constitution propre : utérus polyfibromateux.

2° *Ovaire greffé.* — Nous ne voulons pas nous étendre inu-

tilement sur ce sujet, mais nous faisons remarquer que le lieu le plus favorable pour la survie, après deux ou trois ans, serait, d'après Champy, la sphère génitale. Les tissus les plus appropriés seraient les mieux vascularisés : tissu cellulaire sous-cutané de la grande lèvre, épiploon.

Conditions de la qualité fonctionnelle de l'ovaire conservé.

— Il importe tout d'abord de savoir quelle est la quantité d'ovaire qu'il faut conserver pour que son activité soit efficace. Nous savons qu'un seul ovaire suffit; souvent, la malade que nous voyons pour grossesse tubaire récidivante, a subi dans une première intervention une castration complète unilatérale. Un très petit fragment du seul ovaire restant est suffisant pour assurer la fonction : $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{3}$ et même $\frac{1}{10}$; ce fragment va grossir par la suite et atteindre souvent le volume de l'ovaire normal. Mais encore faut-il que cette petite quantité soit suffisante : elle l'est ou ne l'est pas; suivant son volume, les troubles de la ménopause apparaissent ou font entièrement défaut.

Il importe en second lieu de savoir s'il faut considérer l'utérus avec l'ovaire, ou s'il suffit, pour que l'ovaire soit fonctionnellement utile, de le conserver seul.

Sans aller jusqu'à poser l'équation : ovaire sans utérus = troubles de la ménopause, et tout en reconnaissant que la conservation de l'ovaire, après hystérectomie totale, agit souvent utilement contre ces troubles, soit en les supprimant, soit en empêchant leur survenue brutale, et retardant leur apparition, soit en diminuant leur intensité. Il faut pourtant reconnaître aussi, d'après les résultats exposés et en comparant ceux obtenus par un ovaire conservé seul ou avec l'utérus, que les troubles de la ménopause sont beaucoup moins fréquents et, en général, légers dans la seconde éventualité; de même, les dégénérescences ovariennes sont moins fréquentes. Au dernier Congrès de gynécologie de Paris, la majorité des auteurs se sont accordés pour reconnaître la nécessité de la conservation de l'utérus avec l'ovaire.

Faut-il alors conserver l'utérus en entier? Cela paraît inu-

tile, et cette constatation est la meilleure justification des opérations conservatrices appliquées aux cas où l'utérus est partiellement malade : hystérectomie fundique, hystérectomie subtotale haute, avec conservation de l'ovaire. Théoriquement, il faut conserver la plus grande quantité possible de muqueuse; pratiquement, il faut conserver le col tout entier (sans évidemment) et faire porter la section un peu au-dessus de l'isthme.

La quantité de la muqueuse utérine conservée doit être suffisante pour assurer la conservation des règles. L'opinion courante, d'accord avec celle de nombreux auteurs, accorde une grande importance à cette conservation : « C'est beaucoup, dit J.-L. Faure, plus même que la conservation d'une maternité possible. » « C'est un grand avantage pour les opérées », dit Hertmann. Certains, sans nier ces avantages, considèrent qu'il s'agit la surtout d'un facteur psychologique (Rapin) et qu'il suffirait, pour éviter les troubles consécutifs à leur absence, de convaincre les opérées que tout est bien sans eux. Faut-il donc les considérer seulement, suivant l'expression de Jacquemaire, comme un critérium de l'efficacité des opérations d'exérèse conservatrice, ou, au contraire, voir en elles la condition même de l'efficacité ? et quel est le rôle joué par l'utérus dans la prophylaxie des troubles de la ménopause chirurgicale ?

De nombreux cliniciens, à l'exemple des anciens auteurs, considèrent que la suppression de l'utérus agit par la suppression des règles, c'est-à-dire en provoquant une sorte d'intoxication par rétention de toxines : ménotoxines. D'autres pensent que l'ablation utérine altère gravement l'innervation et la vascularisation de l'ovaire, dont la sécrétion interne est ainsi modifiée. Pour Pankow, l'utérus, possédant une sécrétion endocrine propre, c'est l'absence de cette sécrétion qui se fait sentir. La plupart des auteurs pensent qu'il y a entre l'ovaire et l'utérus un lien, une interdépendance, une synergie normale et fonctionnelle; que l'un et l'autre constituent un tout indissoluble au point de vue endocrinien, la suppres-

sion de l'un entraînant l'atrophie et la dystrophie de l'autre. L'expérience de Kross, observant une dégénérescence de l'ovaire après hémisection utérine homologue, tend à prouver cette liaison. Quel est donc le mécanisme intime de la synergie utéro-ovarienne ? Ici nous entrons dans le domaine des hypothèses — hypothèses qui ont été d'ailleurs récemment évoquées. Pour Winter, l'utérus serait une réserve pour l'ovaire et le régulateur de ses hormones; sa suppression bouleverserait donc l'équilibre endocrinien et modifierait l'anatomie et l'histologie de l'ovaire. Asdell, Hammond, pensent à un rôle protecteur de l'utérus sur les follicules ovariens, peut-être par l'intermédiaire d'une hormone utérine (Takakusu). Fellner, Federoff, attribuent aussi à l'endomètre une sécrétion interne : elle serait antagoniste de celle de l'ovaire et sa suppression provoquerait un fonctionnement anormal, avec dégénérescence consécutive.

De ceci il faut retenir surtout l'importance de la synergie utéro-ovarienne et le rôle joué par la conservation de l'utérus dans la qualité fonctionnelle de l'ovaire conservé.

PRONOSTIC

La question du pronostic a des rapports intimes avec l'évolution de la récédive et se résume par une question : la récédive est-elle plus grave que la première grossesse ? De la lecture de nos observations il est facile de comprendre que l'évolution clinique n'est pas la même. Dans l'observation X, la première grossesse a eu des symptômes non alarmants, on ne l'a pas opérée; quelques mois après, la malade revient avec des symptômes de rupture. Dans bien des cas, la trompe, non déchirée dans une première grossesse ectopique, subit une grave rupture, fait de la récédive. Dans quelques cas, une analogie peut être retrouvée dans les deux grossesses : une rupture succède à une rupture.

Dans l'observation XXV, la récédive de la grossesse tubaire s'est terminée par un exitus.

Il semble bien que dans la plupart des cas l'évolution des deux grossesses tubaires est différente, et lorsque nous nous rapportons à nos observations, la deuxième atteinte paraît plus grave que la première. Mais un autre élément du pronostic est fourni par le siège de la grossesse ectopique sur la trompe, et Doléris ⁽¹⁾ a écrit : « Les grosses hémorragies capables de faire courir des risques immédiats sont dues le plus souvent à la rupture de grossesses siégeant dans les parties moyennes et internes de la trompe. Dans ce cas, la rupture de la paroi, quel que soit l'âge de la grossesse, coïncide avec l'inondation péritonéale, l'hémorragie ectaclys-

(1) Doléris, Société d'obstétrique, 1900.

mique. Les grandes hémorragies ne proviennent que de grossesses siégeant dans l'ampoule où le tiers externe de la trompe, qu'autant que le développement de l'œuf vivant est arrivé au quatrième ou cinquième mois.

» Les grossesses tubo-utérinaires ou tubo-abdominales sont celles qui produisent les hémorragies les moins subites, les moins considérables, et qui, en même temps, peuvent arriver à un développement très avancé ou à terme. »

A la suite de l'étude du traitement chirurgical, nous avons procédé à un rappel rapide du pronostic, par l'examen des suites immédiates et éloignées, de chaque intervention.

CONCLUSIONS

I. — La répétition, chez une même femme, d'une grossesse tubaire n'est pas une occurrence exceptionnelle. Les nombreuses observations que nous avons recueillies, l'étude des statistiques des divers auteurs, permettent d'évaluer de 4 à 6 p. 100 le pourcentage des récidives.

II. — La répétition s'observe, le plus souvent, dans la trompe unique, laissée en place et opposée à celle qui a subi la première atteinte, et qui, de façon générale, a été extirpée au cours de la première intervention.

III. — Dans la même trompe, la répétition peut s'observer quelquefois dans un moignon tubaire, appendu à l'utérus et qu'une technique défectueuse a laissé subsister. La répétition peut encore survenir dans la même trompe, par suite, après la laparotomie, d'abstention d'intervention annexielle, et de son maintien *in situ*.

IV. — La récurrence, comme la grossesse extra-utérine, a une étiologie complexe; une seule cause ne peut avoir la prétention de l'expliquer.

V. — L'altération inflammatoire des trompes est une des causes que nous avons vu presque constamment présente : la bilatéralité, à peu près constante des lésions, explique certainement ce rapport avec la bilatéralité de la récurrence.

VI. — L'évolution de la deuxième grossesse tubaire n'est pas exactement calquée suivant le mode de la première : un léger facteur de gravité semble s'y ajouter.

VII. — La récurrence n'est pas fatale après une grossesse ectopique. Une grossesse utérine peut s'intercaler entre deux ectopies.

VIII. — La gravité de la récurrence impose l'intervention dès la première manifestation.

IX. — Le traitement de la grossesse tubaire récidivante appartient à la chirurgie gynécologique conservatrice qui offre une gamme d'interventions aux indications cliniques et aux conditions particulières de chaque malade.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARGOT (G.). — Note sur quatre cas de grossesse tubaire double et sur un cas de grossesse tubaire itérative. *Lyon chirurgical*, t. XXI, p. 516-519, année 1924.
- CHARBONNEL et FAVREAU. — Torsion de la trompe gravide à droite avec gros kyste de l'ovaire non tordu chez une femme opérée il y a huit ans de grossesse extra-utérine gauche. Bulletin et mémoire Société obstétrique et gynécologie de Paris, année 1929, p. 209.
- BARRET. — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1927.
- BOUILLY. — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, année 1900, p. 334.
- BIZOU. — Auto-greffes ovariennes. Leur intérêt pratique. Etude critique de 23 observations inédites. Thèse Paris, 1931.
- COLLINS (E. G.). — *British medical Journal*, janv. 1928, p. 134.
- COTTE (G.). — Sur l'étiologie et le traitement des grossesses tubaires. Société de chirurgie de Lyon, séance du 30 mars 1922, *Lyon Chirurgical*, année 1922, p. 665-669.
- Grossesse tubaire itérative. Communication à la Société de chirurgie de Lyon, séance du 19 avril 1923, *Lyon chirurgical*, 1923, p. 649-650.
- Sur la pathogénie et le traitement conservateur des grossesses tubaires. Société de chirurgie de Lyon, séance du 17 mars 1927, *Lyon chirurgical*, année 1927, p. 557-563.
- COTTE (G.). et BERTRAND. — L'implantation tubaire. *Gynécologie et obstétrique*, année 1927, t. XV, p. 132.

- DELAHOUSSE (F.). — Sur quelques cas de récurrence de grossesse tubaire. Thèse Lille, 1929, 32 p.
- DELMAS (P.) et ROUME. — Grossesse tubaire récidivée. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1925, p. 255-256.
- DOUAY. — Rapport au Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française de Lyon, 29-30 sept.-1^{er} oct. 1927. *Gynécologie et obstétrique*, année 1927, t. XVI, p. 126.
- A propos de la greffe ovarienne. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1931, p. 122-123.
- DUBOUCHER (H.). — Grossesse tubaire récidivée; quelques remarques sur le traitement des grossesses tubaires doubles ou récidivées. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1925, p. 228-231.
- GROUZELLE (P.). — Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille. Séance du 18 nov. 1929. A propos d'un cas de récurrence de grossesse extra-utérine. *Nord médical*, année 1929, p. 959.
- GUIDO-POORTEN (Riga). — Etiologie de la grossesse ectopique. *Zentr. für Gynäk.*, XLVI, n° 19, 13 mai 1922, p. 756-759.
- HARTMANN (H.). — Hystérectomie fundique. *Revue mensuelle de gynécologie et d'obstétrique*, année 1932, p. 420.
- HUFFMANN (V.). — *Journ. am. med. association*, vol. LXI, n° 24, 13 déc. 1913, p. 2130-2136.
- JACQUES. — Grossesse après hystérectomie subtotale. *Bulletin de la Société Chirurgicale de Paris*, 1920, p. 834.
- JAYLE et HELPERINE. — Grossesse tubaire et canaux diverticulaires borgnes de la trompe. *Presse médicale*, 14 janv. 1922.
- JEANNENEY (G.) et M. ROSSET-BRESSAND. — Grossesse extra-utérine bilatérale successive. *Bulletin et mémoire de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1930, p. 633.
- Sur un critère de vitalité des greffons ovariens. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 16 avril 1933.

- KELLER (R.). — Réflexions à faire lors de l'opération d'une grossesse tubaire. *La gynécologie*, année 1933, p. 317.
- LABRY (R.) et MONTEL (G.). — Les interventions chirurgicales conservatrices dans la grossesse tubaire. *Lyon médical*, 17 avril 1927, p. 443-452.
- LEJARS. — Congrès de l'Association française de chirurgie. Paris, oct. 1904.
- LE LORIER, LAPEYRE (J.-L.), MEYER (Maurice). — Grossesse tubaire récidivée. Diagnostic histologique et biologique, greffes ovariennes. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, année 1932, p. 167-70.
- LE LORIER et G. DURANTE. — Diverticules et cloisonnements tubaires. *La gynécologie*, oct. 1933, p. 529.
- LEOTY (G.). — Etude des grossesses tubaires bilatérales coexistantes. Thèse Paris, 1931.
- MARKOFF (N.). — L'implantation des trompes dans l'utérus. *Gynécologie et obstétrique*, année 1930, p. 120-161.
- MARTA (A.). — Sull'etiologia e trattamento della gravidanza extra-utérino. *La rassegna de ostetricia e ginecologia*, 1932, p. 750.
- MASSABUEAU (G.) et GUIBAL (A.). — La thérapeutique conservatrice en gynécologie. *Gynécologie obstétrique*, 1933, p. 330-386.
- MICHEL (G.), GUIBAL (J.), ROUSSEAUX (R.). — Sur trois cas de grossesses extra-utérines itératives. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1931, page 721.
- MONOD (R.-C.). — Tactique opératoire des annexes de l'utérus. Année 1931, Doin et Cie, édit.
- NISOT (P) (Bruxelles). — Etiologie de la grossesse extra-utérine. *La gynécologie*, année 1927, p. 106.
- PATEL (M.). — Grossesse extra-utérine itérative. *Lyon chirurgical*, année 1922, p. 705-706.
- PAUCOT (H.). — A propos d'un cas de grossesse tubaire récidivante. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1922, p. 521-522.
- Grossesse tubaire. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1925, p. 473-476.

- PAUCOT (H.). — Récidive de grossesse tubaire après ovario-salpingectomie. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1926, p. 579-580.
- PERRIN (P.). — Double rupture de la grossesse tubaire à quatorze mois d'intervalle. *Progrès médical*, 11 sept. 1926, p. 1384.
- PROUST (P.). — De l'intervention opératoire dans les grossesses tubaires. *Gazette des hôpitaux*, 6 janv. 1914.
- REIFFARSCHIED (K.). — *Zentralb. für gynäk.*, 1903.
- REGAD (J.). — Torsion des trompes saines. Thèse Lyon, 1931.
- RIVIÈRE (M.). — Les interventions dans les grossesses extra-utérines et la morale catholique. *Bulletin de la Société médicale de Saint-Luc, Saint-Come, Saint-Damien*, juin 1931, p. 161-176.
- ROBINSON (M.). — Contribution au bio-mécanisme et à la pathologie de la gestation ectopique. *Am. Journ. of obstetric and gynecol.*, juill.-août 1926.
- ROUVILLE (DE) et MADON. — Conservation en chirurgie annexielle. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1927, p. 477-478.
- SAUVE (L.). — Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales, successives et simultanées. Thèse Paris, 1905-1906.
- SCHWARTZ. — Formes rares de grossesse tubaire. *Paris médical*, année 1926, p. 297.
- SEJOURNET (P.). — Récidive de grossesse extra-utérine. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1930, p. 390-395.
- SERDUKOFF (G.). — La chirurgie restauratrice des trompes. Ses méthodes, ses résultats. *La gynécologie*, année 1932, p. 193.
- Méthode rationnelle de transplantation de l'ovaire dans l'utérus permettant la reconstitution de la capacité de la conception. *Obstétrique et gynécologie*, année 1932, p. 16-28.
- SLIVINSKI (R.). — Deux grossesses tubaires différentes dans l'espace de cinq mois. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, année 1923, p. 461.
- TILLY-GUDDEN (Kiel). — Sur les gestations extra-utérines récidivantes. *Zentr. für Gynäk.*, n° 41, 15 oct. 1921, p. 1479.

- TOMMASELLI. — Le gravidenzo tubarica recidivente. *Il Morgagni*, 23 avril 1933, n° 17, p. 526-530.
- VANVERTS (J.). — Récidive de grossesse tubaire. *Bulletin et mémoire de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1924, p. 519-520.
- Récidive de grossesse tubaire. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1926, p. 578-579.
- VARNIER. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique et de gynécologie et de pédiatrie, 5 oct. 1900.
- VIGNES (H.) et BORON (F.). — Régénération expérimentale des trompes après résection chez les lapines. *Bulletin et mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, avril 1931, p. 223-228.
- VILLARD. — Discussions sur l'hystérectomie fundique. Société de chirurgie de Lyon, 31 mars 1927; *Lyon Chirurgical*, année 1927, p. 591-598.
- VILLARD-LABRY. — De la salpingectomie rétrograde sous-séreuse. *Gynécologie et obstétrique*, 1927, I, 259-266.

